

Universidade de Lisboa

Faculdade de Medicina



FACULDADE DE
MEDICINA
LISBOA



IFA
INSTITUTO
DE FORMAÇÃO
AVANÇADA

Relação entre experiências traumáticas na infância, regulação emocional e o desenvolvimento de traços psicopáticos na adolescência

Patrícia Pontes Pupo

Orientadora: Prof. Doutora Sílvia Raquel Soares Ouakinin

Dissertação especialmente elaborada para obtenção do grau de Mestre em
Psicopatologia

Ano 2019

Universidade de Lisboa

Faculdade de Medicina



FACULDADE DE
MEDICINA
LISBOA



IFA
INSTITUTO
DE FORMAÇÃO
AVANÇADA

Relação entre experiências traumáticas na infância, regulação emocional e o desenvolvimento de traços psicopáticos na adolescência

Patrícia Pontes Pupo

Orientadora: Prof. Doutora Sílvia Raquel Soares Ouakinin

Dissertação especialmente elaborada para obtenção do grau de Mestre em
Psicopatologia

Ano 2019

**A impressão desta dissertação foi aprovada pelo Conselho Científico da
Faculdade de Medicina de Lisboa em reunião de 25 de Junho de 2019**

**Todas as afirmações efetuadas no presente documento são da exclusiva
responsabilidade do seu autor, não competindo qualquer
responsabilidade à Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa
pelos conteúdos nele apresentados**

Resumo

Introdução: A Psicopatia ou Perturbação Antissocial da Personalidade, como é designada na DSM 5 e embora os conceitos não sejam completamente sobreponíveis, é uma perturbação da personalidade que inclui um conjunto de traços que surgem na infância, se desenvolvem na adolescência e se agravam na fase adulta. A história de trauma na infância e as dificuldades de regulação emocional têm sido associadas, na literatura, ao desenvolvimento de traços psicopáticos, no entanto alguns resultados díspares reforçam a necessidade de clarificar o seu papel enquanto fatores de risco.

Objetivos: O objetivo principal desta investigação foi avaliar se a exposição a experiências traumáticas, numa fase precoce do desenvolvimento, se pode associar à estruturação de estratégias de regulação emocional mal adaptativas, que por sua vez poderão estar na origem do surgimento de traços psicopáticos na adolescência.

Material e métodos: O estudo contou com uma amostra de 133 indivíduos, com idades entre os 18 e os 21 anos, na qual se avaliou a existência de história de trauma infantil (escala CTQ-ST), a presença de traços psicopáticos (escala APSD-SR) e a ocorrência de dificuldades de regulação emocional (EDRE).

Resultados: Os resultados obtidos revelam correlações significativas entre o trauma infantil, a regulação emocional e a presença de traços psicopáticos, salientando-se uma correlação positiva entre os totais das escalas de trauma infantil e de dificuldades de regulação emocional. Quando se procura perceber quais os fatores relevantes para esta associação, encontram-se valores estatisticamente significativos para a relação entre a presença de trauma infantil, a dificuldade de acesso a estratégias de regulação emocional, a falta de consciência emocional e a dificuldade no controlo dos impulsos, factores 1, 3 e 4 da escala EDRE. Num modelo de regressão linear, verificou-se que apenas um dos fatores das dificuldades de regulação emocional funcionou como variável mediadora entre o trauma infantil e os traços psicopáticos.

Conclusões: As principais conclusões deste estudo remetem para a importância da relação entre as experiências traumáticas na infância e o desenvolvimento de estratégias de regulação emocional adequadas. No que se refere aos traços psicopáticos, a presença destas vivências traumáticas parece ser determinante para uma perturbação da clareza emocional, que leva ao surgimento de uma perturbação psicopática. Esta perturbação poderá ser agravada pela falta de consciência emocional que advém das mesmas experiências.

Palavras chave: Traços psicopáticos, Regulação Emocional, Trauma Infantil, Perturbação Antissocial da Personalidade, Adolescência

Abstract

Introduction: Psychopathy or Antisocial Personality Disorder, how is called in DSM-5, despite these aren't completely overlapping concepts, is a personality disorder which includes a set of traits that emerges in childhood, evolves in adolescence and gets worse in adulthood. Traumatic history events in childhood and emotional regulation difficulties have been associated, in literature, with the development of psychopathic traits. However some inconsistent results increase the need to clarify their role as risk factors.

Objective: The main goal of this investigation was to evaluate if the exposure to traumatic experiences, in an early development period, can be associated with the structuring of maladaptive emotional regulation strategies, which could be in the genesis of psychopathic traits during adolescence.

Methods and Material: The study included a sample of 133 individuals, between 18 and 21 years old, which in it was evaluated the existence of traumatic childhood history (CTQ-ST scale), the presence of psychopathic traits (APSD-SR scale) and de occurrence of emotional regulation difficulties (ERDS).

Results: Results showed significant correlations between childhood trauma, emotional regulation and the presence of psychopathic traits, highlighting a positive correlation the total scores of the scales about childhood trauma and emotional regulation difficulties. When it was tried to understand which factor are relevant for this associations, it was found that were the factors 1, 3 and 4 of the scale ERDS, difficulties in access to emotional regulation strategies, emotional lack of consciousness and difficulties in controlling impulses, that showed statistical significant values. In a linear regression model it was verified that only one of the emotional regulation factors was working as mediator variable between childhood trauma and psychopathic traits.

Conclusions: It was mainly concluded that the relation between traumatic events in childhood and the development of emotional regulation strategies is important. Referring to psychopathic traits, the presence of traumatic events seems to be predictor of a disturbance in emotional clarity which leads to the emergency of psychopathic disorder. This disorder could be aggravated by the lack of emotional conscience that as origin in the same traumatic events.

Key words: Psychopathic traits, Emotional Regulation, Child abuse, Personality Disorders, Adolescence

Agradecimentos

Em primeiro lugar gostaria de agradecer à orientadora da presente tese Prof. Doutora Sílvia Raquel Soares Ouakinin, por todo o acompanhamento e disponibilidade ao longo de todo o trabalho efetuado. Pessoa com vastos conhecimentos e de uma acessibilidade incrível a quem devo o sucesso que poderá ter este trabalho, uma vez que não seria de todo possível ter sequer começado ou terminado sem o seu apoio e dedicação. Não saberei como exprimir o meu agradecimento de forma correta por todo o tempo e paciência despendidos comigo, nunca deixando que a possibilidade da não conclusão desta dissertação surgisse de todo.

De seguida considero de grande importância agradecer ao meu amigo Pedro Miguel Oliveira, que contribuiu para uma das partes fundamentais deste estudo, a avaliação estatística dos dados. Apesar de todo o trabalho próprio que tem em mãos não hesitou em ajudar pelo que lhe agradeço com todo o carinho o tempo despendido comigo.

Não poderia deixar de agradecer à minha família, principalmente à minha mãe Sandra Maria de Mígues Guerra Pontes Pupo, e ao meu namorado Nuno Guilherme Teixeira de Oliveira, que nunca deixaram de lá estar para me apoiar e não deixar desistir, mesmo quando achei que não conseguia fazer. Em momento algum me deixaram ficar com esse pensamento e levaram-me a ver que era capaz de terminar este trabalho. Assim, devo-lhes também o sucesso que o trabalho possa. Deixo um grande obrigada às minhas amigas mais chegadas, Filipa e Sara, que me ouviram infinitas vezes e também sempre me deram o seu apoio, nunca me deixando vacilar.

Não queria deixar de agradecer ao Prof. Dr. José Leal, pela ajuda imprescindível no desenho do estudo. Embora não tenha coorientado esta dissertação, teve sem dúvida um papel importante uma vez que delineou parte do estudo comigo.

À família do meu namorado agradeço todo o apoio, realçando a Sofia Oliveira que me ajudou no processo de informatização dos dados que se encontravam em papel, sem ela teria demorado o triplo do tempo a introduzir todos os dados, tempo que foi precioso para o termino deste trabalho.

Por fim, agradeço à Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, instituição que me acolheu e forneceu a formação que permitiu o desenvolvimento desta dissertação. Sem os conhecimentos que me foram transmitidos não seria possível desenvolver um estudo como este.

Índice

Introdução	8
Parte I	9
Fundamentação Teórica	9
Personalidade	9
Perturbação Antissocial da Personalidade/Psicopatia	24
Regulação Emocional.....	28
Eventos traumáticos na infância.....	32
Relações entre traços psicopáticos, trauma infantil e défices na regulação emocional.....	34
Parte II	37
Material e Métodos	37
Objetivo.....	37
População	37
Instrumentos de Avaliação	38
Métodos estatísticos	41
Resultados	42
Discussão	50
Conclusão	56
Referências	57
Anexos	64

Introdução

Os traços psicopáticos apresentam um risco para a sociedade devido aos comportamentos violentos que advém dos mesmos. Sendo a perturbação de personalidade que lhes está associada, caracterizada pela ausência de aprendizagem pelo método de castigo ou reforço, esta perturbação perpetua-se ao longo da vida, sem que se consiga corrigir os comportamentos adotados por estes indivíduos. Assim, considera-se importante perceber qual poderá ser a origem dos traços psicopáticos, colocando-se a hipótese de que poderá ser a experiência de infâncias traumáticas, aliada a dificuldades de regulação emocional, a provocar o seu desenvolvimento.

Para explorar este assunto elaborou-se o estudo presente cuja descrição se divide em duas partes fundamentais. A Parte I apresenta a fundamentação teórica que inclui os Capítulos da Personalidade, da Perturbação Antissocial da Personalidade/Psicopatia, da Regulação Emocional, das Eventos Traumáticos na Infância e das Relações entre os traços psicopáticos, o trauma infantil e os défices na regulação emocional. Por sua vez, a Parte II descreve o estudo exploratório realizado, desenvolvendo os Capítulos de Material e Métodos, dos Resultados, da Discussão e da Conclusão.

Parte I

Fundamentação Teórica

Personalidade

O conceito clássico de psicopatia, como é definido pelos autores de referência citados, inclui um conjunto de traços de personalidade (Hare, Hart, & Harpur, 1991) que se formam desde o início da vida, se consolidam na adolescência e se agravam na fase adulta, (Soeiro & Gonçalves, 2010) pelo que se considera importante fazer um conceptualização da personalidade antes da descrição deste conceito. A personalidade é o que determina a forma de pensar, agir e sentir de cada indivíduo, com base em fatores biológicos, socioculturais e psicológicos em interação mútua. A sua formação é um processo gradual e contínuo, único em cada sujeito uma vez que depende das suas vivências passadas. A maioria das teorias acerca da formação da personalidade apontam que esta é contínua ao longo da vida e que durante a infância se formam os principais traços que a constituem. Esses traços são padrões consistentes de formas de agir e pensar perante diferentes situações, uma vez que são estáveis e relativamente constantes ao longo do tempo. (Sisto & Oliveira, 2007) No entanto, o tema é controverso e suscitou várias teorias ao longo dos tempos que se dividem em perspetivas diversas e se agrupam em subtemas.

Para melhor compreensão desta organização apresenta-se a tabela 1. (Millon, 2000)

Tabela 1 - Organização das perspectivas das teorias da personalidade

Perspetivas		Autores
Perspetivas Clássicas	Perspetiva psicodinâmica	Freud
		Adler
		Jung
		Horney
		Erikson
	Perspetiva Biológica	Cloninger
Perspetivas Contemporâneas	Perspetiva Cognitiva	Mishel
	Perspetiva Fatorial	Eysenck
	Perspetiva Fatorial	Costa e McCrae
	Perspetiva da Evolução e do Neuro Desenvolvimento	Buss

Perspetivas Clássicas

As perspetivas clássicas dividem-se na perspetiva psicodinâmica e na perspetiva biológica, sendo a perspetiva clássica a mais estudada uma vez que foi uma das primeiras a ser desenvolvida e está na origem do que conhecemos hoje da personalidade.

Perspetiva Psicodinâmica

Dentro da perspetiva psicodinâmica encontram-se vários autores, como Freud, um dos primeiros cientistas a interessar-se pela personalidade e criador da teoria sob a qual se fundamentam as que lhe seguem. Outros restantes autores que encontramos dentro desta perspetiva são Adler, Jung, Horney e Erickson.

Teoria de Freud

Um dos primeiros cientistas a interessar-se pela personalidade, sendo também um dos mais controversos na sua altura, mas tendo a sua teoria perdurado até aos dias de hoje foi Sigmund Freud, que afirmava que o comportamento de cada indivíduo era provocado por impulsos, nomeadamente sexuais ou agressivos, sendo que esse indivíduo procura sempre o seu próprio prazer. Para melhor compreensão do desenvolvimento da personalidade Freud distinguiu quatro períodos de desenvolvimento: o período infantil, o período de latência, o período genital e a maturidade. (Feist, J. Feist, & Roberts, 2013)

Segundo este autor, o período infantil dá-se nos primeiros quatro a cinco anos de vida e é crucial para a formação da personalidade. Este divide-se em três fases, sendo a primeira a fase oral, durante a qual os bebés satisfazem os seus impulsos sexuais. Inicialmente através da sensação de sucção e posteriormente mordendo quando começam a nascer os primeiros dentes. A fase posterior à oral é a fase anal, durante a qual, segundo Freud as crianças sentem prazer por conseguirem controlar o músculo esfíncteriano e através do qual se satisfazem. (Freud, 1933/1964) cit. por (Feist, J. Feist, & Roberts, 2013) Por fim, surge a fase fálica que é acompanhada pela valorização do pénis, criando uma grande diferença entre o desenvolvimento feminino e masculino, acarretando desafios para cada um dos lados. (Freud, 1925/1961) cit. por (Feist, J. Feist, & Roberts, 2013)

Após o período infantil, surge o período de latência, que dura desde os 4 ou 5 anos e termina com o início da puberdade. Durante este período Freud afirma que não existe praticamente desenvolvimento sexual desviando as crianças para o desenvolvimento social, cognitivo e motor. (Freud, 1926/1959b) cit por (Feist, J. Feist, & Roberts, 2013). Com o início da puberdade inicia-se então o período genital, marcado por um grande desenvolvimento da sexualidade e da identificação pessoal, levando por fim à maturidade, período durante o qual a personalidade se encontra significativamente vincada e desenvolvida. (Freud, 1923/1961b) cit. por (Feist, J. Feist, & Roberts, 2013)

Teoria de Adler

Alfred Adler, contemporâneo de Freud, defendia que a personalidade é unificada e auto coerente, pelo que todos os comportamentos são direcionados com um único propósito. Uma vez que cada indivíduo é único e um todo, a deficiência de órgão não pode ser vista de forma isolada, sendo que então essa mesma deficiência fala por si só sobre a personalidade do indivíduo. A este fenómeno Adler chama de dialeto do órgão. (Adler, 1956) cit. por (Feist, J. Feist, & Roberts, 2013)

Teoria de Jung

Outro médico que pertencia ao círculo chegado de Freud, Carl Jung, afirmava que a personalidade de cada pessoa é determinada pelos eventos ocorridos ao longo da sua vivência, bem como pelo que é esperado para o futuro, nomeadamente, o que a sociedade determina como tal. De modo a que cada indivíduo atinja uma personalidade estável e

saudável, procura encontrar a sua autorrealização, para o qual terá de se adaptar ao meio externo e ao seu próprio meio interno. À adaptação ao meio Jung chamava progressão, sendo o modo coerente de reagir a determinadas situações que acontecem na vida de cada pessoa. Por outro lado, à adaptação ao meio interno, chamava regressão, consistindo um processo inconsciente da mente indispensável à resolução da maioria dos problemas. (Jung, On psychic energy, 1928/1960) cit. por (Feist, J. Feist, & Roberts, 2013)

Este autor também dividiu o desenvolvimento individual em quatro estágios de vida: a infância, a juventude, a meia idade e a velhice; comparando-os ao percurso do sol no céu, desde que nasce até se pôr. A infância, comparada ao nascer do sol no início da manhã é caracterizada como um período cheio de potencial, no entanto com pouca consistência, e Jung dividiu-a em três fases: a fase anárquica, que apresenta uma consciência caótica e esporádica, não existindo qualquer ligação entre as pequenas ilhas de consciência existentes, manifestando-se numa linguagem pouco perceptível; a fase monárquica, durante a qual se desenvolve o ego e se inicia o desenvolvimento do pensamento lógico, tronando as ilhas de consciência maiores e mais numerosas; e por fim a fase dualista, na qual as crianças ganham consciência de si mesmas como um ser individual criando ligações entre as ilhas de consciência e amadurecendo o ego apesar de não completamente.

A juventude é caracterizada por Jung como a parte da manhã até o Sol atingir o seu zénite, ou seja, é o período desde a infância até metade da vida, no qual se realiza a maturação da sexualidade, da consciência e da independência. Este período é encarado como uma subida, sem noção do declínio que chegará depois.

A meia idade é o período de desenvolvimento que se inicia por volta dos 35 ou 40 anos de idade, comparado à parte da tarde em que o sol já passou o seu zénite e inicia a descida. Assim, é a fase da vida em que se inicia o declínio consciente, no entanto é também marcada por um forte potencial de evolução, uma vez que o indivíduo tem presentes os valores morais e sociais.

Por fim, a velhice, ou o pôr do sol, é a aproximação ao fim da vida, caracterizando-se pela perda de brilho e da consciência. Jung acreditava que uma velhice bem resolvida passava por aceitar que o objetivo da vida é a morte e que só assim se podia aproveitar a fase final de desenvolvimento em pleno. (Jung, 1931/1960a) cit. por (Feist, J. Feist, & Roberts, 2013)

Teoria de Horney

Karen Horney, médica na década de 90 do séc.XX, tinha um grande interesse pelas ideias Freudianas, concordando com as mesmas de que a infância é a fase crucial para o desenvolvimento psicológico de um indivíduo. Embora admitisse que um conflito neurótico pudesse ter origem em várias fases do desenvolvimento, acreditava que é na infância que surgem os maiores problemas, afirmando que os eventos traumáticos ou a negligência podem deixar marcas no desenvolvimento futuro de cada pessoa. (Horney, 1939) cit. por (Feist, J. Feist, & Roberts, 2013)

Teoria de Erikson

Erik Erikson, pós-freudiano, defendia que o desenvolvimento individual acontece segundo o princípio epigenético, ou seja, cada fase surge de outra fase e no seu tempo concreto, não substituindo as fases anteriores. O autor descrevia que em cada fase existe um conflito entre um elemento sintónico e outro distónico, surgindo desse conflito uma virtude inerente, sendo ainda que todos estes elementos são característicos da fase em que surgem. Para cada virtude inerente opõe-se uma patologia central também característica de cada fase. Embora a teoria de Erikson fosse pós-freudiana, as fases que este autor descreveu, estão a par das fases descritas por Freud, mudando as motivações que levam ao desenvolvimento dos indivíduos. Assim, dividiu o desenvolvimento em oito estágios: estágio sensorial, 1ª infância, 2ª infância, idade escolar, puberdade e adolescência, maioridade jovem, meia-idade e maturidade.

O estágio sensorial, para Erikson, correspondia aos primeiros 18 meses de vida e estava equiparado à fase oral da infância, descrita por Freud. No entanto, o autor defendia que os elementos fulcrais nesta fase são a confiança, elemento sintónico, e a desconfiança, elemento distónico. O bebé aprende a confiar que irá receber alimento do seio da mãe ao senti-lo na sua boca, no entanto quando sente fome e a sua necessidade não é satisfeita de modo imediato aprende a desconfiar. Para Erikson ambos os sentimentos são necessários para o desenvolvimento saudável da criança no futuro, levando este conflito ao surgimento das virtudes inerentes do estágio sensorial, a esperança e o impulso. Estas serão fundamentais para o crescimento normal do indivíduo, sendo que as patologias

centrais que se opõem a à esperança e ao impulso são a psicose, o comportamento aditivo e a depressão.

A fase seguinte, a 1ª infância, é equiparada à fase anal de Freud, correspondendo ao 2º e 3º ano de vida do indivíduo e é caracterizada pelo desenvolvimento muscular. Os elementos fundamentais que entram em conflito são a autonomia, sentimento sintónico, e a vergonha e dúvida, sentimentos distónicos. O autor afirma que é importante a criança criar autonomia ao aprender a comer sozinha e a controlar o esfíncter, deixando as fraldas, no entanto sentirá certamente vergonha ao sujar a roupa a comer ou quando não conseguir controlar as suas necessidades. Mais uma vez, um equilíbrio entre estes dois sentimentos é importante para o desenvolvimento saudável, criando as virtudes inerentes da força de vontade e do autocontrolo. Esta força irá impulsionar a criança em fases futuras para perseguir os seus desejos e levará a um crescimento bem sucedido, no entanto, opondo-se a estas existem as seguintes patologias centrais, compulsão, paranoia, obsessão e impulsividade.

Entre os 3 e 5 anos de idade, surge a 2ª infância, que se equipara à fase fálica Freudiana, no entanto o tema central deixa de ser o complexo de Édipo e Erikson colocava como motivação a identificação com os pais no sentido da criança imaginar a sua vida como pessoa adulta. A criança cria assim brincadeiras com base nas relações do pai e da mãe, uma vez que já se consegue identificar com estas figuras por conhecer o seu órgão genital, mas também por ganhar a capacidade de se movimentar cada vez mais facilmente como observa os pais fazerem. Assim, esta fase é caracterizada principalmente pelo controlo locomotor. Como sentimentos em conflito surgem a iniciativa, sintónico, e a culpa, distónico. A criança toma a iniciativa na seleção de novos objetivos para o futuro, como casar, sair de casa e criar uma família, no entanto é função dos pais adiar estes objetivos uma vez que criança não se encontra preparada para tal, criando um sentimento de culpa. Tal como em todas as fases é importante o desenvolvimento dos dois sentimentos, criando as virtudes inerentes, a orientação e o objetivo, às quais se opõem as patologias centrais da conversão, fobia, manifestações psicossomáticas e inibição. Nesta fase as crianças começam a ganhar consciência e a perceber o que é certo ou errado, iniciando-se assim o piar da moralidade.

Posteriormente, entre os 5 e 13 anos de idade, surge a fase da idade escolar, equiparada à fase de latência de Freud, durante a qual Erikson defende que os indivíduos desenvolvem um forte desejo pelo saber, esforçando-se assim nas tarefas escolares. Nesta fase os dois autores, Freud e Erikson, estavam em concordância, afirmando que esta é

uma fase de latência psicossocial, permitindo às crianças o desenvolvimento de aprendizagem a nível intelectual e social. Esta fase permite a formação da imagem pessoal como indivíduo competente. Para tal, os sentimentos que se opõem durante este período de tempo são o engenho, sintónico, baseado numa aprendizagem bem sucedida, e a inferioridade, distónico, que ocorre quando o trabalho efetuado não é suficiente para completar a aprendizagem. O equilíbrio entre estes dois sentimentos e a capacidade de lidar com ambos leva ao surgimento das virtudes inerentes da competência e do método, que se traduzem na confiança de cada indivíduo para o uso das suas próprias capacidades na resolução de problemas. Estas virtudes inerentes permitirão ao indivíduo uma participação ativa na vida adulta. As patologias centrais deste período são a inércia e a inibição da criatividade, levando a uma regressão de estágio.

Após a fase escolar, a criança entra na puberdade e adolescência, ou também, moratória psicossocial, durando este período desde a puberdade até ao início da fase adulta. Para Erikson, esta fase é uma das mais cruciais no desenvolvimento de cada indivíduo, uma vez que no fim da mesma este precisa de ter adquirido um sentimento firme de identidade do ego, que embora não termine com esta fase, é onde atinge o seu ponto máximo. Este período está equiparado à puberdade da teoria Freudiana, no entanto, mais uma vez, para Erikson o desenvolvimento genital desempenha um papel relativamente menor no seu conceito de adolescência. Este autor afirma que a puberdade é psicologicamente relevante uma vez que surgem expectativas quanto ao papel durante a vida adulta. Durante a adolescência surge o conflito entre a identidade e recusa, sentimentos sintónicos, que leva o adolescente a procurar novos papéis com os quais se possa identificar a nível sexual, ideológico e ocupacional. Para encontrar esses papéis cada indivíduo utiliza autoimagens anteriores que foram aceites ou rejeitadas. Esta busca culmina num conflito da identidade e recusa com a confusão dos papéis, sentimento distónico, mas igualmente importante. A formação da identidade surge de duas fontes, a primeira é a afirmação ou rejeição por parte do adolescente em relação às suas identificações da infância, e a segunda é o seu contexto histórico e social. Assim, a sociedade tem um papel fundamental ao moldar a identidade de cada indivíduo. A confusão de papéis é gerada por uma autoimagem dividida, alguma incapacidade de criar intimidade ou mesmo falta de concentração. Este conflito entre a identidade e recusa e a confusão de papéis faz despoletar as virtudes inerentes da fidelidade e devoção em relação às ideologias próprias e padrões de conduta, levando a que os jovens deixem de necessitar de orientação parental, uma vez que desenvolveram confiança nas suas próprias crenças.

Para que a fidelidade a si próprios seja sólida, é muito importante que se tenha estabelecido uma confiança igualmente sólida na fase de estágio sensorial, uma vez que para confiar em si próprio o jovem precisa de ser capaz de confiar nos outros. É igualmente importante o desenvolvimento da esperança na mesma fase anterior para a fase presente, uma vez que leva à capacidade de desenvolver as virtudes inerentes que se seguiram, sendo pilares para a formação da fidelidade e devoção. Opondo-se a estas encontram-se as patologias centrais da adolescência, delinquência, perturbação de identidade do gênero e surtos psicóticos.

Com o fim da adolescência surge então a maioridade jovem que para Erikson não está definida tanto pelo tempo mas sim pela aquisição de intimidade, podendo ser um estado curto ou durar várias décadas. Nesta fase da vida surge a crise entre a intimidade e solidariedade e o isolamento. Erikson identifica a intimidade como a capacidade de fundir a identidade própria com a de outra pessoa sem medo de a perder através de confiança mútua. Por contraste o isolamento é definido como a incapacidade de arriscar a própria identidade ao compartilha-la com outra pessoa. Desta crise surgem as virtudes inerentes do amor e associação, que consistem no compromisso, paixão, cooperação, competição e amizade entre as duas pessoas. As patologias centrais deste estágio são a personalidade esquizoide, evitamento e discriminação.

Depois desta fase surge a meia-idade, na qual se cria um conflito entre a generatividade, produtividade e a estagnação. A generatividade ou produtividade é caracterizada pela criação de novos seres, produtos e ideias. Enquanto que a estagnação é a auto absorção e centralização unicamente em si próprio. Desta crise surgem as virtudes inerentes do cuidado, da produção e do carinho. Por outro lado, as patologias centrais deste estágio são a crise de meia-idade e a invalidez prematura.

Por fim, o estágio final é a maturidade, que Erikson defende estender-se a partir dos 60 anos de idade até ao fim da vida. Neste estágio a pessoa vive um conflito entre a integridade e a desesperança. A primeira é caracterizada pela capacidade de manter controlo sobre si mesmo apesar das capacidades físicas e intelectuais se degradarem. Por oposição a pessoa pode sentir falta de esperança, por não poder controlar o fim da sua vida, perdendo assim a primeira virtude inerente adquirida. Deste conflito surgem as virtudes inerentes da sabedoria e da renúncia. As patologias centrais deste estágio são a alienação extrema e o desespero. As últimas três fases descritas por Erikson encontram-se a par com o estágio da maturidade de Freud, que este último não descreveu tão

minuciosamente uma vez que acreditava não ser tão relevante para o desenvolvimento dos indivíduos. (Erikson, 1982)

Perspetiva Biológica

Teoria de Cloninger

A nível da perspetiva biológica o autor que mais se destaca é Cloninger que propôs uma teoria psicobiológica para a constituição da personalidade, defendendo que esta é composta por quatro dimensões de temperamento e três de carácter. Inicialmente descreveu apenas três dimensões do temperamento: a procura pela novidade, que se caracteriza pelas respostas a algo novo, perigo e castigos vs pistas para recompensas; o evitamento de lesões, que se define por evitar estímulos adversos; e, por fim, a dependência de recompensas, que é apresentada como a reação às recompensas; sendo cada uma delas hereditável e com manifestação precoce no desenvolvimento. (Cloninger & al, 1993)

O autor afirmava que as diferenças nas diferentes dimensões eram determinadas pela atividade monoaminérgica, ou seja, a procura pela novidade estaria associada a baixa atividade basal dopaminérgica, o evitamento de lesões seria definido pela alta atividade serotoninérgica e a dependência de recompensas estaria ligada à baixa atividade basal noradrenérgica. (Cloninger, 1986) (Cloninger, 1987) (Stallings & al, 1996) No entanto, em estudos posteriores acabou por determinar uma quarta dimensão do temperamento que denominou persistência. (Cloninger, 1987)

Cloninger (1993) apresentava ainda três dimensões do carácter; a direção própria, que se caracteriza pela determinação de cada indivíduo; a cooperatividade, que se apresenta como o conjunto de traços relativos às interações interpessoais; e a transcendência do próprio, que se refere à experiência de ideias espirituais. O autor assumia que o carácter é menos influenciado pela hereditariedade que o temperamento, sendo por isso capaz de amadurecer com a idade, além disso ligava o desenvolvimento pessoal aos diferentes estágios apresentados por Erikson e Freud. (Cloninger & Svrakic, 1997)

Perspetivas Contemporâneas

Englobadas nas perspetivas contemporâneas encontramos a cognitiva, a fatorial e da evolução e neuro desenvolvimento, apresentando cada uma delas os seu autores de referência.

Perspetiva Cognitiva

Teoria de Mischel

Relativamente à perspetiva cognitiva o autor que se destaca é Mischel que desenvolveu a teoria cognitiva-afetiva da personalidade. A grande maioria das teorias dividem-se em dois grupos, o grupo da abordagem dinâmica da personalidade, ou seja, em que esta é motivada por impulsos, perceções, necessidades, objetivos e expectativas e por isso mutável ao longo do tempo, e o grupo que considera a personalidade como uma função de diferentes traços ou disposições pessoais estáveis ao longo do tempo. No entanto, Walter Mischel, professor da universidade de Columbia, defendia que deveria existir uma reconciliação entre as duas abordagens desenvolvendo a teoria cognitivo-afetiva da personalidade, que engloba as duas perspetivas. (Mischel & Shoda, 1998)

Mischel defendia que as inconsistências aparentes do comportamento de um indivíduo não são resultado de um erro aleatório, nem apenas da situação que o desencadeia. São sim comportamentos potencialmente previsíveis que demonstram padrões de variações estáveis em cada pessoa. O autor define que a alteração do comportamento provém da alteração do estímulo, muito embora possa ser semelhante a outro que já possa ter ocorrido, a mais leve diferença pode desencadear uma reação diferente. No entanto estas variações possuem um padrão, denominado de assinatura comportamental da personalidade, que é o modo consistente em que varia o comportamento em situações específicas.

Mischel definiu um conjunto de cinco variáveis que interagem com as diferentes situações e determinam os comportamentos. Estas unidades são: estratégias de codificação, que se caracterizam pelos construtos pessoais de cada um, incluindo o autoconceito e o modo como cada indivíduo vê o mundo; competências e estratégias autorregulatórias, que dizem respeito às informações que cada pessoa adquire a cerca do

que a rodeia, em relação aos seus comportamentos e aos dos que a rodeiam, inferindo os comportamentos que deve ou não deve ter; expectativas e crenças, que possibilitam identificar o comportamento que o indivíduo poderá seguir; objetivos e valores, que determinam diferenças nas escolhas entre indivíduos, consoante o que cada um pretende atingir; e por fim, respostas afetivas, que englobam os sentimentos, emoções e reações fisiológicas de cada pessoa a determinada situação e irão influenciar o seu comportamento. (Mischel W. , 1999)

Perspetiva Fatorial

Relacionados com a perspectiva fatorial destacam-se quatro autores, Allport, Eysenck e McCrae e Costa, apresentando teorias que defendem que a personalidade é formada por um conjunto de fatores ou disposições.

Teoria de Allport

Gordon Allport, professor em Harvard definia a personalidade como uma organização dinâmica dentro do indivíduo que gera os seus ajustes ao seu ambiente, determinando o seu comportamento e pensamento característicos. Para este professor o comportamento além de adaptativo é expressivo, fazendo com que as pessoas ao reagirem ao ambiente o moldem a si próprias. Assim, encarava a “personalidade como algo físico e psicológico, sendo substância e mudança, produto e processo, estrutura e conhecimento.” (Allport, *Personality: a psychological interpretation*, 1937) cit. por (Feist, J. Feist, & Roberts, 2013) Para este autor, as estruturas mais importantes que permitem a descrição da personalidade de um indivíduo são as disposições pessoais. Distinguiu estas dos traços comuns, uma vez que os traços comuns pertencem a várias pessoas e as disposições pessoais são características de cada indivíduo.

Allport dividiu as disposições pessoais em três níveis. O primeiro refere-se à disposição cardinal, caracterizada por uma característica ou paixão predominante que domina a vida do indivíduo, de um modo tão óbvio que não é possível ser escondida. A maioria das pessoas não possui uma disposição cardinal. No nível a seguir, encontramos as disposições centrais, que se compõem por 5 a 10 características mais salientes da personalidade do indivíduo, em torno das quais a vida do mesmo se foca. Por fim, o último

nível possui as disposições secundárias, que podem ser menos visíveis e apresentam um número muito superior às disposições centrais, sendo no entanto responsáveis por muitos comportamentos específicos de cada indivíduo. (Allport, 1961) cit. por (Feist, J. Feist, & Roberts, 2013)

Teoria de Eysenck

Hans Eysenck, professor de psicologia, desenvolveu uma teoria na qual defende que os traços de personalidade têm origem biológica e derivam de três super fatores principais, a extroversão/introversão (E), o neuroticismo/estabilidade (N) e o psicoticismo/superego (P).

O autor defendia que as diferenças genéticas levavam a estruturas do sistema nervoso diferentes e por isso a diferentes fatores de personalidade. Eysenck definiu uma hierarquia de quatro níveis de comportamento, o primeiro nível é o das cognições específicas, o segundo das cognições habituais, o terceiro nível os traços, que o autor define como disposições importantes semipermanentes da personalidade, e por fim o quarto nível que é o dos tipos, ou super fatores, que são compostos por vários traços inter-relacionados.

O autor considerava os três super fatores como parte da estrutura normal da personalidade, descrevendo cada um deles como bidirecional entre os dois extremos, sendo que a maioria dos indivíduos não se encontra num extremo ou no outro, distribuindo-se sim de uma forma normal ao longo de cada fator.

Para Eysenck um indivíduo extrovertido é caracterizado pela sociabilidade, impulsividade, vivacidade, perspicácia, otimismo, entre outros traço, enquanto que um indivíduo introvertido é aquele que é quieto, passivo, pouco sociável, cuidadoso, reservado, pessimista, entre outras características. Ao nível do super fator do neuroticismo, o autor descrevia uma pessoa neurótica como alguém que reage com excesso emocional e tem dificuldade em retomar o estado normal enquanto que o extremo oposto é caracterizado pela capacidade de manter a estabilidade mesmo em situações emocionais. Por fim, o psicoticismo descreve pessoas egocêntricas, frias, impulsivas, agressivas, antissociais e psicopáticas, enquanto que as pessoas localizadas no extremo

oposto tendem a ser altruístas, empáticas, carinhosas e cooperativas. (Eysenck, 1994) cit. por (Feist, J. Feist, & Roberts, 2013)

Teoria de McCrae e Costa

A teoria dos traços de personalidade mais apoiada nos dias de hoje é a Teoria dos Cinco Fatores, que defende que existem cinco fatores dominantes, e não três, que caracterizam uma pessoa (Feist, J. Feist, & Roberts, 2013), sendo os mesmos neuroticismo (N), extroversão (E), abertura à experiência (O), amabilidade (A) e consciência (C).

Esta teoria foi criada por McCrae e Costa, que defendiam que os primeiros dois fatores de Eysenck são totalmente coerentes, no entanto dividiram o último fator deste autor em dois, a amabilidade e a consciência, e acrescentaram um quinto, o da abertura à experiência. Estas alterações devem-se ao facto de McCrae e Costa não se basearem apenas na origem biológica dos traços de personalidade mas também na influência que o meio tem sobre os mesmos. Os autores descrevem os cinco fatores também como bidirecionais apresentando uma distribuição normal da população entre os extremos de cada um.

Tal como referido os dois primeiros, extroversão e neuroticismo, não descritos do mesmo modo que Eysenck os descrevia, por sua vez a abertura à experiência refere-se a pessoas que procuram conscientemente experiências diferentes e variadas, enquanto que o extremo oposto descreve pessoas fechadas que tendem a não sair da sua zona de conforto. Ao nível do fator da amabilidade encontramos pessoas ternas, confiantes, flexíveis, recetivas, bondosas e generosas, ao contrário do outro extremo que apresenta pessoas desconfiadas, inacessíveis, mesquinhas, hostis e irritáveis. Por fim, em relação ao fator da consciência encontramos pessoas ordeiras, controladas, organizadas, ambiciosas, focadas e autodisciplinadas, enquanto que no lado oposto são descritas pessoas desorganizadas, negligentes e preguiçosas. (McCrae & Costa, Comparison of EPI and psychoticism scales with measures of the five-factor model of personality, 1985)

Inicialmente estes cinco fatores existiam apenas como classificação taxonómica dos traços de personalidade, no entanto com a evolução do trabalho de McCrae e Costa levaram a uma teoria que considera a origem biológica dos mesmos e a influência que o meio ambiente tem na sua evolução e no modo como se expressam. Assim, os autores

definiram várias componentes que influenciam a personalidade, dividindo-as em componentes centrais e componentes periféricas.

Dentro das componentes centrais descreveram as tendências básicas, as adaptações características e o autoconceito. As tendências básicas têm origem biológicas e podem ser herdadas, sendo determinadas por experiência precoce ou modificadas por doença ou intervenção psicológica, no entanto definem o potencial e a direção de cada indivíduo, sendo por isso estáveis ao longo do tempo. As adaptações características caracterizam-se por estruturas da personalidade que são adquiridas e se desenvolvem conforme a adaptação ao ambiente, sendo a flexibilidade a diferença entre estas e a componente descrita anteriormente. Ou seja, a rapidez com que aprendemos é a tendência básica, o que aprendemos é a adaptação característica, por exemplo. Além disso as tendências básicas são duradouras enquanto que as adaptações características flutuam, uma vez que estão constantemente sujeitas a mudanças. São estes dois conceitos que podem explicar a estabilidade da personalidade ao mesmo tempo que esta se mantém flexível. O autoconceito é, no fundo, uma adaptação característica, no entanto é a mais importante, conferindo-lhe uma descrição própria. Este consiste no conhecimento, visões e avaliações de si próprio, indo desde os factos da história pessoal à identidade. Ou seja, os sentimentos que cada indivíduo tem em relação a si próprio influenciam os seus comportamentos e o modo como este reage a determinadas circunstâncias.

Relativamente às componentes periféricas, os autores descreveram as bases biológicas, a biografia objetiva e as influências externas. As bases biológicas são, até ao conhecimento atual, a única influência causal sobre os traços de personalidade, uma vez que têm origem biológica e como tal, anterior à vivência do sujeito pelo que além destas mais nenhuma componente influencia diretamente as tendências básicas, sendo os principais mecanismos envolvidos os genes, hormonas e estruturas cerebrais. A biografia objetiva é definida como tudo aquilo que a pessoa faz, sente ou pensa durante a sua vida inteira, focando-se principalmente naquilo que aconteceu ao longo da vida, de modo objetivo, e não na visão que a pessoa possa ter sobre esses acontecimentos, que é sempre subjetiva. Por fim, as influências externas são caracterizadas pela forma como respondemos aos diferentes contextos de acordo com as adaptações características. Ou seja, o nosso comportamento é uma interação entre as influências externas e as adaptações características. (McCrae & Costa, 2003)

Perspetiva da Evolução e Neuro Desenvolvimento

Teoria de Buss

David Buss, professor da universidade de Harvard, desenvolveu a teoria evolucionista da personalidade, apoiando que a origem da personalidade é a evolução e que os traços de personalidade são produto da interação entre o meio ambiente e a modificação constante do corpo e cérebro de cada indivíduo. O autor defende que a motivação, a emoção e a personalidade são adaptativas pois resolvem problemas de reprodução, argumentando que os cinco fatores sinalizam às outras pessoas a capacidade do indivíduo resolver problemas de sobrevivência e reprodução.

No modelo de Buss existem também cinco dimensões da personalidade, no entanto com alguma diferença dos cinco fatores de McCrae e Costa, nomeando-as: insurgência/extroversão/dominância; amabilidade; consciência; estabilidade emocional; e abertura à experiência/intelecto. O autor descreve cada uma das dimensões de um modo semelhante a McCrae e Costa, no entanto fazendo sempre a ponte para a vantagem adaptativa de cada traço a nível reprodutivo. (Buss & Lars, *Evolutionary Personality Psychology*, 2015) Para Buss as diferenças individuais podem ter quatro tipos de fontes: ambientais, hereditárias, não-adaptativas ou neutras, e mal adaptativas. (Buss & Greilling, 1999)

A teoria mais comumente aceite na atualidade para a formação da personalidade é a teoria dos cinco fatores, que divide a mesma em vários traços dentro de cinco principais. Estes permitem-nos prever o comportamento de cada indivíduo, uma vez que estes traços, embora em evolução, são relativamente estáveis ao longo do tempo. Relativamente aos estádios de desenvolvimento realça-se que a maioria dos autores concorda que a infância e a adolescência são os estádios de desenvolvimento mais significativos para a formação da personalidade, muito embora esta esteja em evolução até ao fim da vida, as mudanças mais marcantes encontram-se nos dois períodos referidos, sendo que determinados autores as consideram a base para as mudanças posteriores. Acreditou-se durante muito tempo que a adolescência termina ao se atingir a maioridade, no entanto, esta idade não é fixa para todos os países, e além disso, como descrito, a maioria dos autores acredita que a adolescência não tem um limite definido, mas está sim dependente de determinados processos psicológicos e determinantes culturais, o que entra

em concordância com alguns estudos que apontam para que o término da adolescência possa estar entre os 18 e os 20 anos, ou mesmo ser antes ou depois. (Roenneberg & al, 2004) (Bahadur & Hindmarsh, 2000)

Perturbação Antissocial da Personalidade/Psicopatia

Como referido anteriormente, a psicopatia tem sido considerada uma perturbação da personalidade que inclui um conjunto de traços de nível emocional e comportamental, no entanto este conceito tem vindo a ser alterado ao longo do tempo, tendo sofrido diversas influências a nível da evolução científica e a nível da sua utilização. Devido à existência de divergências relativamente à sua designação, surgiram termos em alternativa como perturbação de personalidade antissocial, perturbação de personalidade dissocial, sociopatia, entre outras. No entanto, é imprescindível criar uma definição clara do conceito, uma vez que ele apresenta implicações na investigação e clínicas, de diagnóstico e possível intervenção. (Gonçalves, 1999) cit. por (Soeiro & Gonçalves, 2010)

O conceito de psicopatia surgiu pela primeira vez em 1809, por Pinel, referindo “mania sem delírio” para sujeitos que mostravam ações fora do comum e agressivas. Pritchard, em 1835, utilizava o termo “insanidade moral” para se referir a indivíduos que apresentavam uma moral e comportamentos pervertidos que indicavam uma conduta antissocial, fazendo também a primeira atribuição do meio ambiente com estes comportamentos, propondo uma intervenção na base de medidas ambientais que proporcionassem a estes sujeitos capacidade para se integrarem socialmente. (Cantero, 1993) cit. por (Soeiro & Gonçalves, 2010) No entanto, esta abordagem de insanidade moral foi altamente questionada, uma vez que se poderia referir a outras anomalias psíquicas que não a psicopatia, além de que o termo moral apresenta uma grande variedade de formas passando por diversas áreas desde a jurídica até à religiosa. É entre 1896 e 1915 que surge o conceito de psicopatia que ainda é utilizado nos dias de hoje, introduzido por Kraepelin, como “personalidade psicopática” que procurava descrever um tipo de sujeitos com comportamentos criminais anormais ou imorais. (Lykken, 1995) cit. por (Soeiro & Gonçalves, 2010) Schneider apresenta, entre 1923 e 1955, importantes contribuições para o desenvolvimento deste conceito, uma vez que considera que a

psicopatia se relaciona com desvios das características normais de personalidade que são influenciados pelas vivências de cada indivíduo.

No livro “The Mask of Sanity”, de Cleckley (1998), são descritos os traços mais significativos da psicopatia, referindo que os indivíduos que apresentam este tipo de personalidade são dotados de um encanto superficial e inteligência acima da média, não apresentam alucinações ou pensamentos irracionais, raramente demonstram nervosismo ou manifestações neuróticas, são considerados como não merecedores de confiança, uma vez que são mentirosos e desonestos. Apresentam ainda um egocentrismo patológico e uma forte incapacidade para amar, uma vez que não conseguem desenvolver relações afetivas, caracterizando-se por levarem uma vida sexual impessoal, trivial e pouco integrada. São sujeitos incapazes de demonstrar sentimentos de culpa ou de vergonha e apresentam uma fraca intuição, não conseguindo seguir um plano de vida. Fazem ameaças de suicídio que não são cumpridas e são incapazes de aprender com a experiência, apresentando um comportamento fantasioso mesmo sem qualquer ingestão de bebidas alcoólicas. Assim, não conseguem corresponder às relações interpessoais, exibindo comportamentos antissociais sem escrúpulos. É com base neste perfil que se desenvolveram os questionários de personalidade usados para a investigação nesta área.

A nível nosológico a designação deste conceito passou por personalidade psicopática, personalidade sociopática e por fim perturbação de personalidade antissocial, designação utilizada ainda hoje em dia. (Soeiro & Gonçalves, 2010) Foi referido que os comportamentos associados a esta perturbação se podem verificar ainda na adolescência, apesar de não ser possível chegar a um diagnóstico concreto antes dos 18, uma vez que a personalidade sofre várias alterações. Os comportamentos mais comuns evidenciados em adolescentes são a mentira, o roubo e a crueldade para com animais e pessoas, sendo que estes evoluem e se agravam ao chegar à fase adulta. (APA, 2014)

A nível tipológico a maioria dos autores distinguiu vários tipos de psicopatas. Karpman (1955) dividia estes sujeitos em agressivo-predador, com um comportamento frio, agressivo e insensível com o objetivo de atingirem tudo o que desejam, e em passivo-parasita, com uma aparente necessidade de ajuda e simpatia alcançando assim os seus propósitos. Já Jenkins (1960) distinguiu três tipos distintos, o “não socializado-agressivo” apresentando tendências agressivas, crueldade, desafio à autoridade e ausência de sentimentos de culpa; o “sobre ansioso” definido como tímido, apático, sensível e submisso; e o “socializado” caracterizado por se integrar em grupos antissociais com história de roubo e ausência escolar. (Soeiro & Gonçalves, 2010) No entanto a tipologia

mais usada é aquela que divide estes indivíduos em dois, o psicopata primário caracterizado por ser insensível, pouco ansioso, calculista, manipulador e mentiroso, e o psicopata secundário que se define por se considerar sofrer de uma perturbação neurótica, que provoca comportamentos impulsivos. (Falkenbach & al, 2017)

Robert Hare (Hare, Hart, & Harpur, 1991) não aceita a divisão dos indivíduos que apresentam psicopatia em primários e secundários, sendo que considera que a psicopatia representa apenas um constructo composto por fatores correlacionados. Descreveu o psicopata como alguém incapaz de demonstrar empatia ou preocupação genuína por outra pessoa, manipulando e usando os outros para atingir os seus objetivos. (Hare R. , *Psychopathy: Theory and research*, 1970)cit. por (Soeiro & Gonçalves, 2010) Além disso o autor descrevia estes indivíduos como incapazes de sentirem culpa ou remorso. (Hare, R, & Neumann, 2009)

Este autor começou por definir dois fatores, o primeiro associado aos traços clínicos, como os interpessoais e afetivos, e o segundo associado aos traços comportamentais, como o estilo de vida antissocial. (Hare, Hart, & Harpur, 1991) No entanto, estudos posteriores defendem que existe três fatores em vez de dois, o primeiro relacionado aos traços interpessoais de arrogância e dissimulação, o segundo associado à falta de capacidade afetiva e o terceiro ligado ao comportamento impulsivo. (Cooke & Michie, 2001) Em resposta a estes estudos Hare cria um modelo de quatro fatores, englobando os três acima referidos e acrescentando um quarto que se relaciona com o comportamento antissocial. (Hare R. , 2003) cit. por (Soeiro & Gonçalves, 2010) No entanto, mesmo esta alteração de Hare foi bastante criticada por vários autores, que acabam por abordar o conceito com uma nova perspetiva, identificando cinco domínios: vinculação, que avalia as dificuldades do psicopata em estabelecer relações interpessoais; comportamental, que se refere aos problemas relacionados com o planeamento e incumprimento de tarefas e responsabilidades; cognitivo, que analisa os problemas de adaptabilidade e flexibilidade mentais; dominância, que se relaciona com as questões de gestão de poder e controlo; e por fim o do self, que define problemas associados à identidade e individualidade do psicopata. (Cooke D. , Michie, Hart, & Clask, 2004)

Atualmente a psicopatia é denominada no meio psiquiátrico como perturbação da personalidade antissocial, sendo que no entanto, se possa considerar que o conceito de psicopatia não esteja totalmente caracterizado pelos critérios de diagnóstico apresentados atualmente no DMS-5, pelo que se possam caracterizar como conceitos distintos. (Rogstad & Rogers, 2008) Os critérios de diagnóstico da perturbação de personalidade

antissocial implicam a presença de três ou mais dos seguintes pontos (além da exclusão de doenças psiquiátricas, ser maior de 18 anos, e apresentar evidências de alterações de conduta anteriores aos 15 anos de idade):

1. Incapacidade de se ajustar às normas sociais
2. Tendência para a falsidade
3. Impulsividade e incapacidade de manter planos para o futuro
4. Irritabilidade e agressividade
5. Indiferença pela sua segurança e dos outros
6. Irresponsabilidade constante
7. Ausência de remorso ou culpa. (APA, DSM-5, 2014)

Estudos apontam que a psicopatia está inversamente ligada à empatia, que é descrita como a capacidade de partilhar e entender estados emocionais dos outros em referência ao próprio (Decety, J; Moriguchi, Y, 2007), sendo que não implica que o sujeito se sinta impelido a agir simpaticamente em relação aos sentimentos do outro. Assim, a capacidade empática é uma inferência psicológica baseada na observação, na memória, no conhecimento e no raciocínio de modo a proporcionar *insights* acerca do que o outro poderá estar a pensar. Então, a empatia não implica apenas um reconhecimento e entendimento do estado emocional do outro, mas também a experiência afetiva desse mesmo estado (Decety & Jackson, 2004). Para melhor compreensão, deste conceito refere-se o modelo cognitivo-afetivo da empatia, que descreve que a vertente cognitiva da mesma se caracteriza pela capacidade de avaliação de pistas afetivas positivas e negativas, bem como pela capacidade de entender o porquê dessas pistas na outra pessoa, enquanto que a vertente afetiva implica a capacidade de sentir essas pistas do mesmo modo que a outra pessoa sente, compreendendo a sua perspetiva. (Mullins-Nelson, Salekin, & Leistico, 2006) (Blair R. , 2008) A nível neuronal existem evidências de que diferentes estruturas cerebrais se encontram envolvidas com as diferentes vertentes da empatia, mais concretamente o córtex pré-frontal associado à vertente cognitiva e a amígdala associada à vertente emocional, o que comprova o modelo cognitivo-afetivo (Blair R. , 2008).

Os comportamentos violentos e impulsivos, característicos de um comportamento antissocial estão fortemente associados à ausência da vertente afetiva da empatia, sendo que estes indivíduos reportam respostas empáticas mais reduzidas ao mal-estar das suas vítimas (Blair, Mitchell, & Blair, 2005) cit. por (Vagaroso, 2014). Assim, sendo a violência um comportamento de índole antissocial e a falha empática a nível afetivo duas

marcas exclusivas da psicopatia, é possível afirmar que estão relacionadas com a génese deste fenómeno (Jolliffe & Farrington, 2004).

Estudos referem que na psicopatia o défice da empatia prende-se à vertente afetiva, mais concretamente à indiferença (Eisenbarth, 2008), enquanto a vertente cognitiva permanece intacta, ou seja, o indivíduo é capaz de identificar e descrever as emoções sentidas pelo outro, mas não consegue sentir o mesmo que o outro sente (Blair, Mitchell, & Blair, 2005) cit. por (Vagaroso, 2014). Pensa-se que a falta de empatia poderá estar relacionada com um processamento afetivo disfuncional (Decety & Jackson, 2004) e, de facto, nesta linha existe um estudo que acrescenta novas considerações biológicas a este conceito, propondo que estes indivíduos apresentam alterações micro estruturais na parte direita do fascículo uncinado, que poderão estar relacionadas com défices no processamento de memórias autobiográficas emocionais, podendo estar na origem dos traços psicopáticos e na falta de empatia (Craig & al, 2009) (Wolf & al, 2015). Ainda, outro estudo verifica a existência de maior volume de matéria cinzenta no lobo pré-frontal, o que poderá estar na origem de um processamento disfuncional e poderá levar a uma tomada de decisão mais impulsiva (Korponay & al, 2017). De facto, Donahue e Moon (2014) afirmam que a psicopatia poderá ter origem em diferentes processos de regulação emocional.

Regulação Emocional

O conceito de regulação emocional não apresenta uma definição única aceite pela comunidade, uma vez que é transversal a vários domínios da psicologia. (Cole, Martin, & Dennis, 2004) (Gross, 1998) Além disso aparece muitas vezes associada a conceitos considerados essenciais ao desenvolvimento organizado dos jovens, como a regulação do afeto ou do humor. No entanto, a definição mais abrangente caracteriza a regulação emocional como uma ferramenta que permite entender como se organizam as emoções, sendo que a atenção e o comportamento facilitam as estratégias persistentes para ultrapassar obstáculos, resolver problemas e manter o bem-estar. Existem seis estratégias básicas de regulação emocional, a saber aceitação, evitamento, resolução de problemas, reavaliação, ruminação e supressão. Consideram-se estratégias adaptativas a reavaliação, a aceitação e a resolução de problemas, enquanto que se consideram mal adaptativas o evitamento, a ruminação e a supressão. Sabe-se que a ruminação está relacionada com

problemas como a ansiedade, a depressão e o uso de substâncias, enquanto que o evitamento além de também se relacionar com a depressão também apresenta ligação às perturbações do comportamento alimentar, que se relacionam ainda com a supressão. (Aldao, Nolen-Hoeksema, S, & Schweizer, 2010)

É, no entanto, algo consensual entre autores que o contexto e as relações de cada indivíduo são importantes para uma regulação emocional adaptativa, realçando que a capacidade de regular as emoções é imprescindível para um bom funcionamento social. (Thompson, 1991) (Saarni, Mumme, & Campos, 1998) cit. por (Bravo, 2012)

Os processos de tomada de decisão são diferentes consoante a associação emocional que o indivíduo faz quando experiencia diferentes situações. (Coutinho, Ribeiro, Ferreirinha, & Dias, 2010) Assim, os processos de regulação emocional podem ser conscientes ou inconscientes, automáticos ou controlados e podem influenciar um ou mais pontos do processo generativo. (Gross, The Emerging Field of Emotion Regulation: An Integrative Review, 1998) Estes processos ocorrem de duas formas, antecedente à resposta ou focalizada na mesma. (Gross, Emotion regulation: Affective, cognitive and social consequences, 2002) Como processos antecedentes à resposta descrevem-se: a seleção da situação, que envolve a realização de acções de modo a tornar mais (ou menos) provável que a pessoa termine numa situação onde sujam emoções desejáveis (ou indesejáveis); a modificação da situação, que implica um esforço por parte do indivíduo para fazer essa modificação de modo a alterar o impacto emocional da mesma; a implementação da atenção, que se refere ao modo como cada indivíduo dirige a sua atenção para determinada situação de modo a influenciar as suas emoções, pelo que, a distração foca a atenção em diferentes aspetos, ou desvia a atenção da situação, enquanto que a concentração foca características específicas da situação; a reavaliação cognitiva, que se refere à mudança na avaliação da situação por parte do indivíduo, modificando o seu significado emocional, alterando a forma de pensar sobre a situação e sobre a sua capacidade para lidar com a mesma. Por outro lado, enquanto processo focalizado na resposta os autores descrevem a modelação da resposta, que se refere à influência exercida sobre as componentes fisiológicas, de modo experimental ou comportamental. (Gorss & Thompson, 2006) cit. por (Sousa, 2014) Dentro deste último processo, as raparigas tendem normalmente a predominar processos de ruminação, procura de suporte social e estratégias de controlo primário, enquanto que os rapazes normalmente recorrem a estratégias de evitamento, passividade ou supressão. Além disso este processo de

focalização na resposta permite ao sujeito inibir a mesma em relação a determinadas situações de modo a não expressar o que está a sentir. (Sousa, 2014)

As estratégias de regulação emocional que têm origem em fases precoces do processo de geração das emoções produzem resultados diferentes das mais tardias, o que leva a que os processos cognitivos ou comportamentais apresentem consequências diferentes. (Ochsner & Lieberman, 2001) Uma vez que as nossas emoções são determinadas pela forma como interpretamos os acontecimentos vividos, estão relacionadas com as crenças e valores de cada indivíduo acerca de si e do seu futuro. (Rangé, 1998) cit. por (Mocaiber & al, 2008)

Gratz e Roemer (2004) para analisar a regulação emocional partiram da perspectiva de que as emoções têm uma natureza funcional, considerando assim que a regulação emocional e o controlo emocional são conceitos diferentes, bem como que a consciência e compreensão das emoções são estratégias de regulação importantes. Sabe-se também que as capacidades de aceitar e valorizar as emoções são bastante importantes. Os autores realçam ainda que é necessário considerar os objetivos de cada indivíduo aquando da avaliação da situação, bem como a intensidade e a duração da mesma. Por último reforçam a importância da capacidade de inibir comportamentos impulsivos e manter os objetivos em momentos de experiências vivenciais. Com bases nestes pressupostos os autores desenvolveram uma conceptualização da regulação emocional que envolve quatro fatores: consciência e compreensão das emoções; aceitação das emoções: capacidade de controlar os comportamentos; capacidade de usar estratégias de regulação emocional adequadamente. A falta destas capacidades leva às dificuldades de regulação emocional que foram referidas acima, sendo que estão na origem da Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (EDRE) dos mesmos autores. (Coutinho, Ribeiro, Ferreirinha, & Dias, 2010)

Portanto as estratégias de regulação emocional podem prejudicar o raciocínio e o planeamento, ou complicar e comprometer relações pessoais, ou mesmo colocar em risco a saúde (Cole, Martin, & Dennis, 2004) levando ao surgimento de dificuldades a nível da regulação emocional que estão presentes em várias situações psicopatológicas, uma vez que um défice nesta capacidade pode originar perturbações ao nível psicológico. (Coutinho, Ribeiro, Ferreirinha, & Dias, 2010) (Smith-Israel, 2009)

Estas dificuldades dividem-se em seis fatores:

1. Dificuldades no acesso a estratégias de regulação emocional: referem-se à incapacidade de encontrar formas de sair do estado emocional negativo e consequentemente considerar não sair do mesmo por muito tempo.
2. Dificuldades na aceitação das respostas emocionais: definem-se pela ocorrência de sentimentos negativos relativamente si próprio por se sentir em baixo, como vergonha, irritação, culpa, entre outros.
3. Falta de consciência emocional: é definida pela falta de preocupação em relação ao que se sente, sendo marcada pelo indivíduo não perder algum tempo a tentar perceber o que sente uma vez que não considera os seus sentimento importantes.
4. Dificuldades no controlo dos impulsos: referem-se à falta de controlo que o indivíduo experiencia sobre os seus comportamentos e emoções quando se encontra em baixo ou passa por situações negativas.
5. Dificuldades em agir de acordo com os objetivos: apresentam-se como uma incapacidade em manter os objetivos e trabalhar para eles quando algo negativo acontece, sejam esses objetivos relacionados com o acontecimento negativo ou não.
6. Falta de clareza emocional: define-se pela incapacidade de caracterizar os próprios sentimentos, considerando-os confusos. (Gratz & Roemer, 2004)

Os adolescentes que apresentam este tipo de dificuldades têm maior tendência a desenvolver comportamentos agressivos, consumo de substâncias como resposta à raiva uma vez que não a conseguem regular. (Smith-Israel, 2009) Mais concretamente, sabe-se que os fatores 1 e 2, ou seja, as dificuldades no acesso a estratégias de regulação emocional e na aceitação de respostas emocionais, estão ligados a problemas de ansiedade e depressão. A depressão apresenta ainda ligações ao fator 6 que se refere à falta de clareza emocional. Por outro lado, os fatores 4 e 5, ou seja, que dizem respeito às dificuldades no controlo de impulsos e em agir de acordo com objetivos, estão relacionados com problemas de agressividade. Por fim, o fator 3 que se refere à falta de consciência emocional, relaciona-se com problemas de delinquência. (Neumann & al, 2010)

Assim, a modelagem da relações emocionais é importante para o desempenho em tarefas e contextos sociais. (Spinrad, Eisenberg, & Gaertner, 2007) Ao longo do tempo ocorrem mudanças nas estratégias de regulação, que eram inicialmente externas, orientadas para o comportamento, passando a ser internas e orientadas para a cognição,

processo que permite lidar mais facilmente com as emoções após situações de stress. (Garnefski, Reiffe, Jellesma, Terwog, & Kraaij, 2007)

Sevecke et al (2016) chegaram à conclusão que dificuldades de regulação emocional podem estar ligadas ao desenvolvimento de traços psicopáticos, principalmente quando associado a um histórico de trauma na infância. De facto, sabe-se que a regulação emocional é desenvolvida durante a infância, sendo, no entanto verdadeiramente enraizada na adolescência, fazendo com que após este período seja muito difícil de alterar. (Calkins & Howse, 2004) Prendendo-se assim a importância de perceber o desenvolvimento de estratégias de regulação emocional durante a adolescência para que se possam prevenir situações como a personalidade antissocial/psicopatia, entre outros problemas psicopatológicos.

Eventos traumáticos na infância

O historial de experiências traumáticas na infância pode aumentar o risco de desenvolver traços de personalidade mal adaptativos, bem como de perturbações de personalidade. Estas experiências estão também associadas a uma maior probabilidade de desenvolvimento de comportamentos violentos na infância que se perpetuam para a fase adulta. (Pereda, Jiménez-Padila, & Gallardo-Pujol, 2011)

De modo a categorizar experiências traumáticas, estas dividem-se em duas categorias: negligência e abuso, sendo ainda que o segundo se divide em três: sexual, físico e psicológico/emocional. Relativamente à negligência, considera-se uma falha de um ou ambos os cuidadores em assegurar o desenvolvimento da criança, sendo que se encontram possibilitados de o fazer, podendo esta falha ser referente a saúde, educação, desenvolvimento emocional, nutrição abrigo e/ou condições de vida segura (OMS, 2002) cit. por (Martins, 2014). Definindo os três tipos de abuso considera-se: abuso sexual uma situação de contacto sexual indesejado ou quando o adulto usa a criança ou permite o uso da mesma para gratificação sexual; abuso físico qualquer tipo de abuso que, de modo físico, magoe a criança deixando lesões resultantes de pontapés, murros e beliscões, queimaduras, cortes, vergastadas, fraturas de ossos, nódoas negras, entre outros; abuso psicológico ou emocional uma situação em que o adulto, por estar numa posição de autoridade, envergonha a criança, ridicularizando-a, sendo agressivo com a mesma, provocando-a e deixando-a fragilizada (Carrol-Lind, 2006).

Sabe-se que a violência psicológica ou emocional, quando comparada com a violência física, apresenta maior impacto nas crianças (Carrol-Lind, 2006), no entanto, o abuso sexual, é o tipo de violência com maior impacto no risco de desenvolver traços de personalidade violentos (Pereda, Jiménez-Padila, & Gallardo-Pujol, 2011). Na verdade, esta diferença entre os tipos de abuso infantil e os *outcomes* de personalidades obtidos também depende do gênero do indivíduo abusado, uma vez que as mulheres sofrem principalmente abuso sexual, desenvolvem normalmente pensamentos suicidas e doenças psiquiátricas, enquanto que os homens, sofrem e presenciam principalmente abusos físico e por isso desenvolvem traços agressivos e perturbações como o a Perturbação de Personalidade Antissocial ou o Stress Pós-traumático. (Ballard & al, 2015) Os traços de personalidade violentos estão associados a problemas de externalização, como agressividade, desobediência, intolerância à frustração, fraco controle de impulsos, fugas, roubos, entre outros, que se relacionam diretamente com aspetos antissociais (Lambert & al, 2001), sendo que as crianças, principalmente rapazes, que evidenciam estes traços têm maior probabilidade de desenvolver uma perturbação de comportamento mais grave do que aqueles que apresentam traços decorrentes de internalização, como sintomas depressivos, ansiosos, queixas somáticas ou retraimento social (Pettit & al, 1999).

Não é recomendado que se faça o diagnóstico de perturbação de personalidade em idades inferiores a 18 anos (APA, 2014), no entanto, muitas crianças ou adolescentes apresentam comportamentos agressivos, impulsivos e mesmo delinquentes, que por vezes envolvem violência, e podem ser isolados ou transitórios, mas podem também ser sintomas primordiais de perturbações da personalidade que apenas serão diagnosticadas na fase adulta, como é o caso da perturbação antissocial da personalidade /psicopatia, sendo que a presença de infâncias traumáticas aumenta a probabilidade do aparecimento de traços agressivos que podem levar ao desenvolvimento de doenças psiquiátricas. (Fox & al, 2015) Assim, as pesquisas atuais têm-se focado no desenvolvimento de instrumentos de avaliação desta perturbação em jovens. (Davoglio & al, 2012). Os primeiros estudos, nos anos 60, já evidenciaram que alguns jovens apresentavam traços psicopáticos distintos daqueles que apresentavam uma perturbação de conduta, ou seja, não seriam casos semelhantes (McCrod cit. por (Davoglio & al, 2012)). Mas foi nos anos 90 que, com o desenvolvimento de instrumentos de avaliação de traços psicopáticos adaptados para adolescentes, surgiram estudos mais sólidos que permitiram identificar crianças que apresentavam comorbilidade entre perturbações de conduta e distúrbios de atenção, apresentavam padrões de comportamento antissociais mais graves e agressivos,

com inclusivamente défices neurológicos, muito semelhantes à psicopatia na fase adulta (Lyman, 1997) cit. por (Davoglio & al, 2012). Estudos realizados mais recentemente apontam que os jovens que apresentam históricos de delitos mais graves e repetidos evidenciam mais traços psicopáticos, sendo que estes resultados aparecem associados com a presença de perturbações do comportamento disruptivo, alterações nas funções executivas e défices nas relações interpessoais. Matt DeLisi (2018) demonstrou que apesar do temperamento ser um dos fatores mais fortes para a criminalidade, os eventos traumáticos na infância têm também algum efeito na previsão de comportamentos delinquentes e de violência. Quando aplicados testes psicológicos clássicos em populações de adolescentes com traços psicopáticos estes evidenciam uma desvalorização dos afetos alheios e propensão para a exploração emocional nestes jovens, que são traços característicos da psicopatia (Vicent & al, 2008).

Relações entre traços psicopáticos, trauma infantil e défices na regulação emocional

Em síntese e tendo tudo em conta, é relevante perceber a origem da condição psicopática, para que se possa tentar prevenir. Poder-se-á questionar se a perturbação antissocial da personalidade/psicopatia não poderá ter origem em infâncias traumáticas, que por si só, envolvem sofrimento para o indivíduo. De facto, sabe-se que tanto ambientes familiares adversos (Marmorstein & Iacono, 2005) como eventos traumáticos precoces são um fator de risco causal ou de mediação para comportamentos antissociais (Jaffee, Moffitt, & Taylor, 2004), sendo que alguns estudos defendem que estes mesmos eventos traumáticos têm uma influência negativa no desenvolvimento da capacidade de regulação da raiva e das emoções (Novaco & Chemtob, 2002) cit. por (Krischer & Sevecke, 2008), levando a que estes indivíduos sejam mais agressivos. Sabendo-se que a perturbação antissocial da personalidade/psicopatia é definida pelos seus défices afetivos bem como, por agressividade e um comportamento violento na fase adulta (Hare, Hart, & Harpur, 1991) pode concluir-se que teoricamente existe uma associação entre os traumas na fase da infância e o desenvolvimento desta perturbação. Existem poucos trabalhos que explorem esta hipótese (Krischer & Sevecke, 2008), no entanto resultados apontam que sujeitos que apresentam maior taxa de vitimização infantil apresentam também resultados mais altos na escala de traços psicopáticos, enquanto adultos (Lang, Klintenberg, & Alm, 2002). Verificou-se que vítimas de abuso ou negligência infantil

apresentavam valores mais altos na escala de PCL-R (Psychopathy Checklist - Revised), concluindo-se que o abuso na infância aumenta o risco de desenvolvimento de sintomas psicopáticos e comportamentos violentos na fase adulta (Weiler & Widom, 1996). Campbell, Porter e Santor (2004) concluíram que em jovens delinquentes detidos os níveis mais altos da escala PCL-YV prendiam-se aos casos de abuso infantil físico e o único fator psicossocial associado a resultados mais altos desta escala foi um histórico de vida não-parental, ou seja, frequência de famílias de acolhimento e instituições desde muito cedo. Krischer & Sevecke (2008) encontraram uma associação significativa entre abuso físico e psicológico infantil e traços psicopáticos em rapazes detidos, no entanto, o mesmo já não se verificou para as raparigas na mesma situação. Mariella Ometto (2016), verificou que adolescentes que sofreram abuso ou negligência apresentam níveis mais altos de perturbação antissocial/psicopatia, sendo a negligência o fator que mais evidencia relação com o desenvolvimento de traços psicopáticos. Além disso, pensa-se que a falta de ligações emocionais e afetivas com os cuidadores ou outras pessoas próximas em idades críticas possa levar à incapacidade de estabelecer laços na fase adulta, bem como de reconhecer e desenvolver sentimentos de empatia ou culpa, o que é observado na psicopatia, como já foi descrito. (Borja & Ostrosky, 2013)

Sabe-se ainda que níveis de infâncias traumáticas mais elevados, estão relacionados com a tendência para o desenvolvimento de traços psicopáticos, o que quando relacionado com baixos níveis de regulação emocional leva ao surgimento de níveis mais elevados desses mesmos traços. (Walayat & Butt, 2017) Pensa-se que crianças que desenvolvem incapacidades empáticas na infância e que tendem a ser agressivas proactivamente ao invés de reactivamente tendem a perpetuar esses comportamentos na adolescência e mais tarde, considerando-se a hipótese de que estes indivíduos possuem défices no processamento emocional dos estímulos. (Frick & White, 2008) Seveck et al (2016) concluiu que o abuso físico está correlacionado com os traços psicopáticos, no entanto, apenas em mulheres existe também relação com a falta de regulação emocional, levando à conclusão de no caso dos homens a negligência parental parece ter maior influência no desenvolvimento deste traços. Tal como referido acima, Donahue e Moon (2014) relatam evidências de que dificuldades na regulação emocional poderão estar na origem do desenvolvimento de traços psicopáticos. Mais concretamente os dados apontam para que estas dificuldades se prendam nos seguintes três fatores, dificuldades na aceitação das respostas emocionais, dificuldades no controlo dos

impulsos, falta de clareza emocional e dificuldades no acesso a estratégias de regulação emocional. Sabe-se ainda que o abuso infantil, de qualquer tipo está ligado ao desenvolvimento de dificuldades de regulação emocional (Maughan & Dante, 2002) (Kim & Cicchetti, 2010) a nível de qualquer um dos seis fatores destas dificuldades (Burns, Jackson, & Harding, 2010). Assim, analisando esta ligação pode-se considerar que o abuso infantil poderá provocar desregulação emocional, levando ao desenvolvimento de traços psicopáticos, uma vez que, como já foi referido, estes também estão ligados tanto à desregulação emocional como ao abuso infantil.

Parte II

Material e Métodos

Objetivo

Tem-se como objetivo principal deste estudo verificar se a exposição a experiências traumáticas numa fase precoce do desenvolvimento, como a infância, se associa ao desenvolvimento de estratégias de regulação emocional mal adaptativas, que por sua vez podem facilitar o surgimento de traços psicopáticos na adolescência e que se cristalizam na fase adulta.

Consideram-se objetivos secundários verificar a interação entre as experiências traumáticas na infância e o desenvolvimento de traços psicopáticos, bem como a interação entre essas experiências e as dificuldades de regulação emocional. Ainda, pretende-se avaliar a interação entre os fatores que integram o questionário de dificuldades de regulação emocional, e os traços psicopáticos.

As hipóteses de investigação são as seguintes:

1. As experiências traumáticas na infância geram um padrão de regulação emocional mal adaptativo na adolescência.
2. Os traços psicopáticos associam-se a uma regulação emocional pouco eficaz e esta é uma variável mediadora entre acontecimentos traumáticos precoces e a perturbação da personalidade antissocial/psicopatia.

População

O trabalho efetuado trata-se de um estudo observacional transversal para o qual foi recolhida uma amostra de 161 jovens entre os 18 e os 21 anos de idade. Desta amostra 70 são alunos da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Dadas as dificuldades na obtenção de autorizações para o estudo por parte das Instituições Universitárias, associadas ao Regulamento n.º 798/2018 da Comissão

Nacional da Proteção de dados, optou-se por enviar o questionário via online para grupos de jovens da faixa etária pretendida, tendo sido obtidas 89 respostas.

Os critérios de inclusão foram a faixa etária dos 18 aos 21 anos, um bom domínio da língua portuguesa e a capacidade de fornecer um consentimento informado. Dado que o estudo incide sobre uma população com um nível cognitivo que assegura a conclusão do ensino secundário e/ou a frequência universitária, não foram considerados outros critérios de exclusão para este estudo exploratório.

Instrumentos de Avaliação

Foram realizados questionários de autorresposta de modo a poder verificar a existência de traços psicopáticos, histórias de experiências traumáticas na infância e dificuldades de regulação emocional. Cada questionário apresenta inicialmente algumas questões sociodemográficas para que se possa fazer uma caracterização da amostra a nível de género, idade, desempenho escolar, comportamento escolar, consumo de álcool, tabaco ou outras substâncias psicotrópicas. Juntamente com os questionários presenciais foi distribuído um consentimento informado a cada indivíduo que o assinou e ficou com uma cópia do mesmo para si. Relativamente aos questionários online foi também pedido o consentimento informado, colocando a questão explícita da cedência de dados para fins de investigação bem como a verificação de que cada participante seria maior de idade. Os questionários não apresentam qualquer possibilidade de ligação ao nome de cada indivíduo ou identificação do mesmo. Coloca-se em anexo uma cópia dos questionários e consentimentos informados distribuídos, bem como as questões iniciais dos questionários online.

Escala APSD-RS (Antisocial Process Screening Device Self Report)

No sentido de avaliar a existência de traços psicopáticos foi aplicada a escala APSD-SR (Antisocial Process Screening Device Self Report), que é caracterizada como sendo uma medida específica para a avaliação de traços psicopáticos em crianças e adolescentes, tendo a versão portuguesa sido validada numa população entre os 12 e os 20 anos de idade. Esta escala tem origem na *Psychopathy Checklist – Revised* (Hare R. , 2003) apresentado versões de *rating scale* para que seja usada por pais e/ou professores

e uma outra versão de auto resposta que foi a utilizada. Esta é composta apenas por 20 itens cotados de 0 a 2 pontos numa escala de Likert (falso=0; por vezes verdade=1; muitas vezes verdade=2) apresentando os itens 3, 7, 12, 18, 19 e 20 cotação por ordem inversa. Foram encontrados dois fatores para esta escala na população portuguesa, sendo o primeiro um fator misto que inclui os traços relativos à impulsividade e ao narcisismo, e é cotado pelos itens 1, 2, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16 e 17. O segundo fator refere-se aos traços calosos/não-emocionais e é cotado pelos itens 3, 7, 12, 18, 19 e 20. A pontuação final é obtida pela soma de cada um dos itens e apresenta um ponto de corte com o valor de 12.

A escala original apresentava uma estrutura fatorial que distinguia dois ou três fatores. Na comunidade científica ainda não existe consenso para que os três fatores sejam realmente corretamente avaliados por esta escala. A estrutura de dois fatores caracteriza o primeiro como misto, referindo-se aos problemas de impulsividade/problemas de comportamento, que é cotado pelas questões 1, 2, 4, 8, 9, 11, 13, 15, 16 e 20; enquanto que o segundo fator é relativo aos traços calosos/não emocionais, cotado pelas questões 3, 5, 12, 14, 18 e 19.

Existe ainda um modelo que apoia uma divisão da escala em três fatores apresenta o primeiro fator como relativo à impulsividade que é cotado pelos itens 1, 4, 9, 13 e 17; o segundo fator refere-se ao narcisismo, cotando-se pelas questões 5, 8, 10, 14, 15 e 16; e por fim o terceiro fator, relativo aos traços calosos/não emocionais, é cotado pelos itens 3, 7, 12, 18, 19 e 20.

No entanto para a população portuguesa foi apenas validada a estrutura de dois fatores, sendo que a escala demonstra um nível de estabilidade temporal alto, apresentando um valor de $r = 0,80$ e de $p \leq 0,01$. (Pechorro, Vieira, & Vieira, 2012)

Escala EDRE (Escala de Dificuldades de Regulação Emocional)

Para avaliar a existência de dificuldades de regulação emocional foi utilizada a escala EDRE (Escala de Dificuldades de Regulação Emocional) que avalia os níveis de desregulação emocional nos seis fatores descritos: Fator 1 - acesso limitado a estratégias de regulação emocional; Fator 2 – não-aceitação de respostas emocionais; Fator 3 - falta de consciência emocional; Fator 4 - dificuldades no controlo de comportamentos

impulsivos; Fator 5 - incapacidade de se envolver em comportamentos dirigidos por objetivos; Fator 6 - falta de clareza emocional.

Esta escala é composta por 36 itens cotados de 1 a 5 numa escala de tipo Likert (discordo completamente=1; discordo=2; não concordo nem discordo=3; concordo=4; concordo totalmente=5) apresentando cotação invertida nas questões 1, 2, 6, 7, 8, 10, 17, 20, 22, 24 e 34. Relativamente a cada um dos fatores pertencem ao fator 1 as questões 22, 16, 15, 28, 31, 35 e 23; referentes ao fator 2 encontramos as questões 29, 25, 21, 12, 11 e 30; relativas ao fator 3 apresentam-se as questões 6, 2, 8, 34, 10 e 17; por sua vez o fator 4 refere-se às questões 14, 32, 27, 19, 3 e 24; o fator 5 é definido pelas questões 26, 18, 13, 33 e 20; por último referentes ao fator 6 encontram-se as questões 9, 5, 7, 1 e 4. A cotação final desta escala é obtida pela soma das cotações de cada uma das questões e quanto maior a cotação final maiores as dificuldades de regulação emocional. (Gratz & Roemer, 2004)

Relativamente à população portuguesa a escala apresenta uma boa fiabilidade de teste-reteste ($r = 0,82$) e uma consistência interna com excelentes valores apresentando um $\alpha = 0,93$ para a população portuguesa. (Coutinho, Ribeiro, Ferreira, & Dias, 2010)

Escala CTQ-SF (Childhood Trauma Questionnaire)

Por fim, de modo a avaliar a existência de eventos traumáticos na infância foi utilizada a escala de autorresposta CTQ – SF (Childhood Trauma Questionnaire) que avalia cinco componentes traumáticos durante a infância que tenham ocorrido até aos 15 anos de idade: o abuso físico, o abuso emocional, o abuso sexual, a negligência física e a negligência emocional.

É uma escala composta por 28 itens cotados de 1 a 5 (nunca=1; poucas vezes=2; às vezes=3; muitas vezes=4; sempre=5) apresentando cotação invertida no caso das questões 2, 5, 7, 13, 19, 26 e 28. A cotação final é obtida pela soma das cotações de cada uma das questões.

Por motivos de dimensão amostral trabalhou-se apenas a escala no seu valor global, não se avaliando os diferentes componentes. Esta escala apresenta ainda um índice de negação que avalia a tendência para negar experiências negativas ou a desejabilidade

social; este índice é obtido pela soma de um ponto por cada resposta “sempre” às questões 10, 16 e 22.

A validação portuguesa desta escala apresenta uma boa fiabilidade obtendo valores de $p \leq 0,001$. (Dias & al, 2013)

Métodos estatísticos

Como primeira abordagem fez-se uma análise estatística descritiva que englobou a média, a mediana, a moda, o desvio-padrão e a amplitude da amostra de cada uma das variáveis: Trauma Infantil, Traços Psicopáticos, Fatores 1 e 2 dos Traços Psicopáticos, Dificuldades de Regulação Emocional, Fatores 1 a 6 das Dificuldades de Regulação Emocional.

Testou-se a normalidades da amostra em cada uma das variáveis através do teste de Kolmogorov-Smirnof, optando-se depois por testes não paramétricos. Um dos testes realizados foi o de correlações de Spearman.

Foram efetuadas regressões lineares que se seguiram cada uma por um teste de Wald, cujo p-value atesta se o valor de regressão estimado é ou não significativamente diferente de 0, ou seja, se existe ou não evidência estatística que leve a considerar que as variáveis têm uma ligação.

Por fim, foi utilizado um critério de corte em diferentes modelos que é identificado pelo Akaike Information Criterion (AIC), cujo valor indica a qualidade do modelo de acordo com as variáveis nele incluídas, sendo que se considera um modelo com maior qualidade quanto menor for o valor de AIC.

Resultados

A amostra final conta com 133 indivíduos ($n = 133$), tendo sido preenchidos 161 questionários no total, dos quais 28 foram excluídos por preenchimento incorreto ou idades superiores a 21 anos de idade. A idade média dos indivíduos considerados é de 19 anos, variando entre os 18 e os 21 anos, dos quais 79% são do sexo feminino e 21% do sexo masculino. A maioria dos indivíduos vivia com os pais e irmãos (nos casos em que os têm) e o desempenho escolar médio foi classificado como bom, sendo que a média arredondada de término do ensino secundário foi de 16 valores. A nível de comportamentos indisciplinados apresenta-se uma percentagem de 17% de indivíduos que foram alvos de pelo menos uma falta disciplinar, sendo a maioria por mau comportamento. Relativamente a consumos de álcool, tabaco e drogas, a percentagem de jovens que relatou consumo de álcool é de 80%, sendo a maioria apenas em ocasiões especiais e os restantes semanalmente, e as respostas apresentadas centravam-se principalmente numa quantidade de dois ou três copos ou até ficar apenas “um pouco alegre”. Relativamente ao consumo de tabaco, a percentagem foi de 20%, sendo que a maioria consome apenas ocasionalmente. Por fim, a nível do consumo de drogas obteve-se uma percentagem de 16% de indivíduos que consomem, tendo sido relatado pela maioria que o fazem apenas ocasionalmente.

Ao realizar uma análise exploratória dos dados por questionário obteve-se o gráfico que se apresenta abaixo, onde se pode observar uma consistência no que diz respeito aos valores das várias escalas, sendo que um valor elevado numa delas é acompanhado por valores elevados das outras e vice-versa.

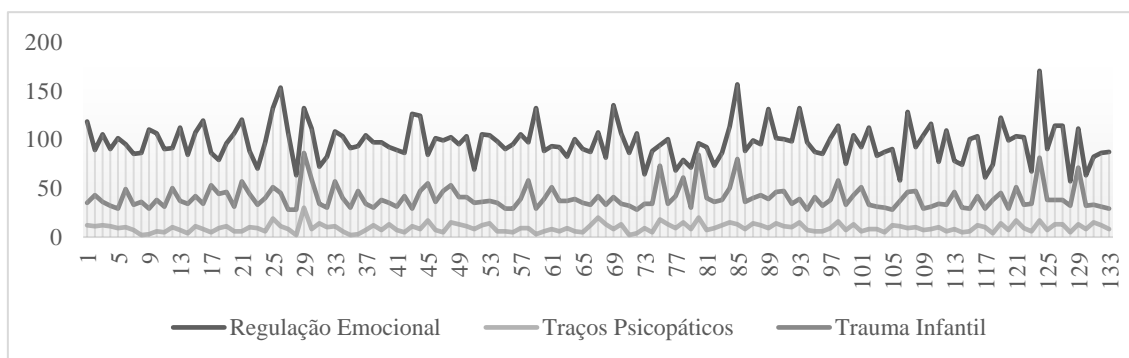


Figura 1 - Gráfico de distribuição dos valores de cada escala por indivíduo

Relativamente às variáveis em estudo: traços psicopáticos, trauma infantil e regulação emocional apresenta-se a seguinte estatística descritiva, que nos demonstra que a maioria dos indivíduos apresenta valores de medianas abaixo das médias da amostra em todas as escalas, exceto no Fator 5 da escala EDRE.

Tabela 2 - Estatística descritiva das variáveis em estudo

	TI	P	PF1	PF2	RE	REF1	REF2	REF3	REF4	REF5	REF6
Média	40,0752	9,4361	6,9699	2,4662	97,1053	18,2256	17,0752	15,0827	13,9323	17,2256	81,1128
Mediana	37,0000	9,0000	6,0000	2,0000	96,0000	18,0000	17,0000	15,0000	13,0000	18,0000	81,0000
Moda	29,00 ^a	6,00	4,00	2,00	86,00 ^a	18,00	17,00	14,00	12,00	18,00	35,00
Desvio Padrão	11,63109	4,28944	3,47052	1,61690	19,04869	5,45313	5,61872	2,49862	4,96380	3,80712	40,22468
Variância	135,282	18,399	12,045	2,614	362,852	29,737	31,570	6,243	24,639	14,494	1618,025
Amplitude	58,00	28,00	19,00	10,00	113,00	28,00	24,00	14,00	24,00	18,00	138,00

a. Ha várias modas. O menor valor é mostrado

TI – Trauma infantil; P – Traços psicopáticos; PF1 – Traços Psicopáticos (Fator 1); PF2 – Traços Psicopáticos (Fator 2); RE – Regulação emocional; REF1 – Regulação emocional (Fator 1); REF2 – Regulação emocional (Fator 2); REF3 – Regulação emocional (Fator 3); REF4 – Regulação emocional (Fator 4); REF5 – Regulação emocional (Fator 5); REF6 – Regulação emocional (Fator 6)

O ponto de corte da escala dos traços psicopáticos é o valor 12, como já referido anteriormente. Pode-se verificar a média e a mediana nesta amostra se encontram abaixo do ponto de corte e ainda, feita a análise, apenas 29 indivíduos apresentaram valores acima desse mesmo ponto, representando 22% da amostra. Assim, dado o número reduzido de elementos optou-se por não realizar outras análises apenas nestes indivíduos.

Não foi encontrada significância estatística no que diz respeito a diferenças entre géneros, no entanto, tal como se pode ver da Figura 2, os indivíduos do sexo masculino apresentam níveis medianos mais elevados do que os indivíduos do sexo feminino. A não significância estatística pode então dever-se a um baixo número de indivíduos do sexo masculino quando comparado com o número de indivíduos do sexo feminino.

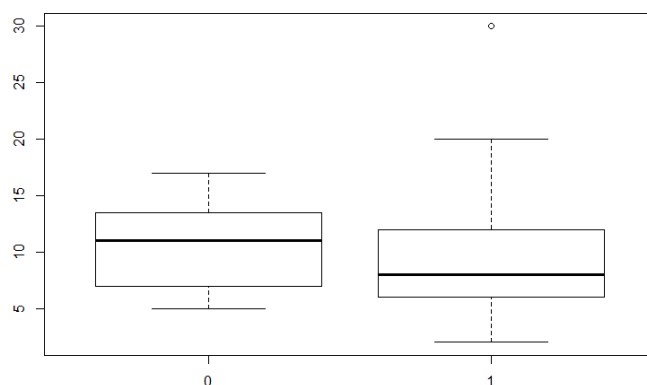


Figura 2 - Níveis de traços psicopáticos no género masculino(0) e feminino(1)

Considerou-se importante verificar a existência de normalidade para cada uma das variáveis em estudo, tendo-se obtido os valores registados na Tabela 3, verificando-se que apenas o Fator 2 da Regulação Emocional apresenta uma distribuição normal. Assim, optou-se por testes não paramétricos nos testes estatísticos seguintes.

Tabela 3 - Testes de Normalidade de Kolmogorov-Smirnov

	Estatística	gl	Sig.
RE	,095	133	,005
P	,112	133	,000
TI	,153	133	,000
REF1	,080	133	,035
REF2	,054	133	,200*
REF3	,137	133	,000
REF4	,125	133	,000
REF5	,122	133	,000
REF6	,078	133	,047
PF1	,151	133	,000
PF2	,207	133	,000

*. Este é um limite inferior da significância verdadeira.

a. Correlação de Significância de Lilliefors

Para análise dos objetivos em estudo considerou-se importante realizar testes de correlação entre as várias variáveis. Assim, o primeiro teste que foi realizado foi correlacionar os valores das escalas APSD – SR (Traços Psicopáticos), CTQ – SF (Trauma Infantil) e EDRE (Regulação Emocional), obtendo-se a tabela 4.

Tabela 4 - Correlações entre APSD-SD, CTQ-SF e EDRE

			RE	P	TI
rô de Spearman	RE	Coeficiente de Correlação	1,000	,255**	,275**
		Sig. (bilateral)	.	,003	,001
		N	133	133	133
	P	Coeficiente de Correlação	,255**	1,000	,420**
		Sig. (bilateral)	,003	.	,000
		N	133	133	133

**. A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

RE – Regulação Emocional; P – Traços Psicopáticos; TI – Trauma Infantil

De modo a compreender melhor a relação que estes traços possam ter com cada um dos fatores de regulação emocional, realizou-se um teste de correlação essas mesmas variáveis, que se apresenta na tabela 5.

Tabela 5 - Correlações entre Traços Psicopáticos e os Fatores de Regulação Emocional

			P	REF1	REF2	REF3	REF4	REF5	REF6
rô de Spearman	P	Coeficiente de Correlação	1,000	,167	,108	,225**	,162	,106	,154
		Sig. (bilateral)	.	,055	,215	,009	,062	,223	,077
		N	133	133	133	133	133	133	133

**. A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

*. A correlação é significativa no nível 0,05 (bilateral).

P – Traços psicopáticos; TI – Trauma infantil; RE – Regulação emocional; REF1 – Regulação emocional (Fator 1); REF2 – Regulação emocional (Fator 2); REF3 – Regulação emocional (Fator 3); REF4 – Regulação emocional (Fator 4); REF5 – Regulação emocional (Fator 5); REF6 – Regulação emocional (Fator 6)

Ainda relativamente à amostra total, considerou-se também importante conhecer as relações entre o trauma infantil e os diferentes fatores de regulação emocional, que são apresentadas pela tabela 6.

Tabela 6 - Correlações entre Trauma Infantil e Fatores de Regulação Emocional

		REF1	REF2	REF3	REF4	REF5	REF6
rô de Spearman	TI						
	Coeficiente de Correlação	,236**	,154	,195*	,220*	,143	-,058
	Sig. (bilateral)	,006	,077	,024	,011	,100	,505
	N	133	133	133	133	133	133

**. A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

*. A correlação é significativa no nível 0,05 (bilateral).

TI – Trauma infantil; RE – Regulação emocional; REF1 – Regulação emocional (Fator 1); REF2 – Regulação emocional (Fator 2); REF3 – Regulação emocional (Fator 3); REF4 – Regulação emocional (Fator 4); REF5 – Regulação emocional (Fator 5); REF6 – Regulação emocional (Fator 6)

De modo a verificar mais concretamente a relação entre as diferentes variáveis foram efetuadas várias regressões lineares seguidas de um teste de Wald, cujo p-value atesta se o valor de regressão estimado é ou não significativamente diferentes de 0, ou seja, se existe ou não evidência estatística que leve a considerar que as variáveis têm uma ligação. Começando por se relacionar os Traços Psicopáticos com o Trauma Infantil obtiveram-se os valores apresentados na tabela 7.

Tabela 7- Regressão entre os traços psicopáticos e o trauma infantil

	Coeficiente de Regressão Estimado	p-value teste de Wald
TI	0,20763	1,7x10 ⁻¹² ***

Códigos de Significância: 0 (***) 0,001 (**) 0,01 (*) 0,05 (.) 0,1 (.) 1

De seguida efetuou-se o mesmo procedimento para os Traços Psicopáticos e a Regulação Emocional obtendo-se os valores apresentados na tabela 8.

Tabela 8 - Regressão entre os traços psicopáticos e a regulação emocional

	Coeficiente de Regressão Estimado	p-value teste de Wald
RE	0,06885	0,000345***

Códigos de Significância: 0 (***) 0,001 (**) 0,01 (*) 0,05 (.) 0,1 (.) 1

De modo a compreender como se relacionam estas três variáveis em conjunto, realizaram-se os mesmos testes anteriormente mencionados utilizando os Traços Psicopáticos como variável de resposta e as restantes como variáveis explicativas. Tendo-se assim obtido os valores presentes na tabela 9.

Tabela 9 - Regressão entre os traços psicopáticos e o trauma infantil juntamente com a regulação emocional

	Coefficiente de Regressão Estimado	p-value teste de Wald
RE	0,02222	0,211
TI	0,19324	6,3x10 ⁻¹⁰ ***

Códigos de Significância: 0 (***) 0,001 (**) 0,01 (*) 0,05 (.) 0,1 (.) 1

Por fim, considerou-se importante realizar os mesmo testes relacionando a Regulação Emocional com o Trauma Infantil, obtendo-se os valores descritos na tabela 10.

Tabela 10 - Regressões entre a regulação emocional e o trauma infantil

	Coefficiente de Regressão Estimado	p-value teste de Wald
TI	0,6473	2,5x10 ⁻⁰⁶ ***

Códigos de Significância: 0 (***) 0,001 (**) 0,01 (*) 0,05 (.) 0,1 (.) 1

Reconhecendo que é importante relacionar o trauma infantil e os traços psicopáticos com cada um dos fatores de dificuldades de regulação emocional, foi realizado o mesmo modelo em análise múltipla entre cada uma das variáveis mencionadas e os seis fatores, obtendo-se as seguintes tabelas.

Tabela 11 - Regressões entre o trauma infantil e os fatores de dificuldade de regulação emocional

	Coefficiente de Regressão Estimado	p-value teste de Wald
Fator 1	0,471438	0,04476*
Fator 2	0,020031	0,91707
Fator 3	1,220118	0,00445**
Fator 4	0,235553	0,31295
Fator 5	-0,102769	0,72382
Fator 6	-0,008201	0,73399

Códigos de Significância: 0 (***) 0,001 (**) 0,01 (*) 0,05 (.) 0,1 (.) 1

Tabela 12 - Regressões entre os traços psicopáticos e os fatores de dificuldade de regulação emocional

	Coefficiente de Regressão Estimado	P-value teste e Wlad
Fator 1	0,111870	0,2106
Fator 2	-0,009351	0,8988
Fator 3	0,375926	0,0212*
Fator 4	0,110553	0,2158
Fator 5	-0,058093	0,6014
Fator 6	0,010700	0,2472

Códigos de Significância: 0 (***) 0,001 (**) 0,01 (*) 0,05 (.) 0,1 (.) 1

Foram também realizadas correlações entre os dois fatores descritos na escala dos traços psicopáticos e as outras duas variáveis em estudo, o trauma infantil e a regulação emocional, obtendo-se os valores enunciados na tabela 13.

Tabela 13 - Correlações entre os fatores dos traços psicopáticos e a regulação emocional e o trauma infantil

			RE	TI
rô de Spearman	PF1	Coeficiente de Correlação	,222*	,372**
		Sig. (bilateral)	,010	,000
		N	133	133
	PF2	Coeficiente de Correlação	,186*	,282**
		Sig. (bilateral)	,032	,001
		N	133	133

**. A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

*. A correlação é significativa no nível 0,05 (bilateral).

Para melhor compreensão realizou-se o mesmo teste de correlação entre os dois fatores de traços psicopáticos e os seis fatores de dificuldades de regulação emocional, apresentando-se os resultados na tabela 14.

Tabela 14 - Correlações entre os fatores dos traços psicopáticos e os fatores das dificuldades de regulação emocional

			REF1	REF2	REF3	REF4	REF5	REF6
rô de Spearman	PF1	Coeficiente de Correlação	,163	,067	,131	,125	,082	,079
		Sig. (bilateral)	,062	,443	,134	,152	,348	,369
		N	133	133	133	133	133	133
	PF2	Coeficiente de Correlação	,082	,125	,287**	,122	,053	,294**
		Sig. (bilateral)	,349	,153	,001	,160	,542	,001
		N	133	133	133	133	133	133

**. A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

*. A correlação é significativa no nível 0,05 (bilateral).

Por fim, de modo a verificar uma possível mediação por parte de algum dos fatores de dificuldades de regulação emocional entre o trauma infantil e os traços psicopáticos foi feito um novo modelo de regressão em que substituiu a Regulação emocional pelos seis fatores que a compõem. Tendo verificado que apenas o fator 6 apresenta um p-value próximo de 0,05 (valor de significância considerado), optou-se por mantê-lo no modelo.

Tabela 15 - Regressão linear entre os traços psicopáticos e o trauma infantil e as dificuldades de regulação emocional

	Coeficiente de Regressão Estimado	p-value teste de Wald
Trauma infantil	0,207095	1,41x10 ⁻¹² ***
Fator 6	0,013685	0,0755

Códigos de Significância: 0 (***) 0,001 (**) 0,01 (*) 0,05 (.) 0,1 (.) 1

De forma a confirmar a decisão acima tomada foi calculado o Akaike Information Criterion (AIC) valor que indica a qualidade do modelo de acordo com as variáveis nele incluídas, sendo que se considera um modelo com maior qualidade quanto menor for o valor de AIC. Na tabela 16 podemos ver os valores de AIC obtidos para as três possíveis hipóteses: Trauma Infantil + Fator 6, apenas o Trauma Infantil e apenas o Fator 6.

Tabela 16 - AIC para os vários modelos apresentados entre os traços psicopáticos e o trauma infantil usando o fator 6 das dificuldades de regulação emocional como variável mediadora

	AIC
Trauma Infantil + Fator 6	338,39
Trauma Infantil	339,63
Fator 6	387,9

AIC – Akaike Information Criterion

Discussão

Os resultados obtidos permitem inferir que existe de facto uma ligação entre as três variáveis estudadas: Traços Psicopáticos, Trauma infantil e Regulação emocional. Uma análise menos aprofundada e sem valor estatístico da Figura 1 permite observar que em quase todas as situações em que existe um pico mais elevado numa das escalas, esse é acompanhado por um pico nas restantes escalas. O que parece apoiar a hipótese colocada no início do estudo.

Comparando-se os níveis de traços psicopáticos nos homens e mulheres não se obteve nenhuma diferença significativa a nível estatístico, no entanto, observando-se o gráfico de boxplot é possível verificar que os homens apresentam níveis mais elevados, o que é previsto pela literatura, uma vez que a prevalência nas mulheres é mais baixa do que nos homens. (Beryl, Chou, & Völlm, 2014) Estudos apontam para que a relação entre os traços psicopáticos e a existência de experiências traumáticas na infância seja maior nos homens do que nas mulheres. (Watts & al, 2017) No entanto alguns autores referem não ter encontrado diferenças entre géneros na prevalência de traços psicopáticos. (Millon, 2000) A ausência de significância estatística na diferença entre os grupos poderá dever-se ao facto de o número de homens ($n=28$) presentes no estudo ser inferior ao das mulheres ($n=105$).

Os testes de correlação entre as várias variáveis no seu total, demonstrando correlações estatisticamente significativas entre qualquer uma das três variáveis, sugere que os traços psicopáticos estão relacionados tanto com o trauma infantil como com as dificuldades de regulação emocional, e ainda que estas duas se relacionam entre si, apoiando assim as hipóteses colocadas pelo estudo.

A hipótese 1 confirma-se pela observação da correlação positiva entre os totais das escalas de trauma infantil e de dificuldades de regulação emocional. Quando se procura perceber quais os fatores em que esta associação se verifica, encontramos valores estatisticamente significativos para a relação entre a presença de trauma infantil, a dificuldade de acesso a estratégias de regulação emocional (Fator 1), a falta de consciência emocional (Fator 3) e a dificuldade no controlo dos impulsos (Fator 4). Isto parece indicar que a história de vivências traumáticas na infância perturba o desenvolvimento de mecanismos de regulação emocional que remetem para o controlo

da resposta, de acordo com a perspectiva de mecanismos consequentes de Gross (2002), mas também para a tomada de consciências das emoções, o que participa na regulação emocional como mecanismo antecedente. A análise de regressão demonstra que a presença de trauma infantil é preditiva da dificuldade de acesso a estratégias de regulação e falta de consciência emocional, podendo ser pensada como um mecanismo causal provável. Já face ao controlo dos impulsos a não verificação de uma relação estatisticamente significativa entre esta variável e o trauma infantil significa que não se pode estabelecer uma relação entre ambas. De facto, é possível que a dificuldade no controlo dos impulsos seja secundária à ausência de outras estratégias disponíveis para regular as emoções e, nesse sentido, possa não ser clara a sua associação direta a antecedentes de vivências traumáticas.

A hipótese 2 colocada pelo estudo não foi comprovada na sua totalidade, apresentando apenas uma confirmação parcial quando separados os fatores das diferentes escalas. A nível das regressões lineares efetuadas observa-se que a regulação emocional, quando colocada em conjunto no mesmo modelo de regressão com o trauma infantil, relativamente ao traços psicopáticos, perde significância estatística, o que parece indicar que essa relação, obtida em modelos separados, apenas existe devido ao trauma infantil, sendo este que faz a ligação entre as outras duas. Ou seja, os dados estatísticos apontam para que indivíduos que apresentam dificuldades na regulação emocional desenvolvem mais traços psicopáticos, caso tenham vivenciado experiências traumáticas na infância. O que responde ao facto de que nem todas as pessoas que apresentam dificuldades na regulação emocional desenvolvem traços psicopáticos, ou seja, é a existência de trauma nas suas infâncias que se apresenta como fator de risco para o desenvolvimento destes traços. A nível estatístico isto é apoiado pelo facto de o trauma infantil se demonstrar mais fortemente ligado aos traços psicopáticos do que a regulação emocional, embora tenha relação com as duas. A literatura apoia que adolescentes que desenvolvem maior agressividade apresentam historial de trauma nas suas infâncias (Fox & al, 2015) e ainda que os eventos traumáticos contribuem para dificuldades de regulação emocional. (Novaco & Chemtob, 2002) cit. por (Krischer & Sevecke, 2008) Assim, pensa-se que o trauma infantil seja realmente determinante para a origem dos traços psicopáticos e que as dificuldades de regulação emocional apenas exacerbem esses traços, não sendo no entanto as mediadoras entre o trauma infantil e a perturbação da personalidade, como apoiado por Walayat & Butt (2017) que defendem que as infâncias traumáticas estão

relacionadas com o desenvolvimento de traços psicopáticos, que quando relacionados com baixos níveis de regulação emocional se apresentam mais elevados.

Como referido na discussão da hipótese 1 o trauma infantil apresenta uma relação com os fatores 1 e 3 das dificuldades de regulação emocional. No entanto, os traços psicopáticos apenas apresentam interações com o fator 3, ou seja com a falta de consciência emocional. Assim, dada a relação temporal entre estas variáveis, poderá concluir-se que a exposição a experiências traumáticas na infância pode provocar uma perturbação no desenvolvimento da consciência emocional, ou seja, uma incapacidade de compreender e estar atento às suas próprias emoções. Como descrito na introdução teórica a perturbação da personalidade antissocial/psicopatia é marcada por uma falta de capacidade empática (Decety, J; Moriguchi, Y, 2007), ou seja, incapacidade de perceber e sentir as emoções de terceiros de modo a agir em conformidade, o que pode estar de acordo com o achado neste estudo. Por sua vez sabe-se também que regulação emocional se desenvolve principalmente durante a infância (Ochsner & Lieberman, 2001) e que o trauma infantil interage com este desenvolvimento, criando dificuldades que poderão levar ao desenvolvimento de traços psicopáticos (Calkins & Howse, 2004), sendo que estudos apresentaram essas relações nos fatores descritos acima, nomeadamente o da falta de consciência emocional.

Embora ao nível dos valores totais das escalas não tenha sido possível comprovar que as dificuldades de regulação emocional mediam a relação entre o trauma infantil e o desenvolvimento de traços psicopáticos, procurou-se aprofundar a análise dos dados usando os dois fatores descritos para a escala de traços psicopáticos, a impulsividade e o narcisismo no primeiro fator, e os traços calosos/não emocionais no segundo fator. Ao realizarem-se correlações, qualquer um dos fatores apresenta relações com a escala total de dificuldades de regulação emocional e com o trauma infantil. No entanto, nas correlações entre os dois fatores dos traços psicopáticos e cada um dos seis fatores de dificuldades de regulação emocional, verificou-se uma relação apenas entre o fator da escala APSD dos traços calosos/não emocionais com os fatores 3 e 6 das dificuldades de regulação emocional, ou seja, a falta de consciência emocional e a falta de clareza emocional. Estes resultados além de confirmarem mais uma vez que é o fator 3 das dificuldades de regulação emocional, a não consciência emocional, que se relaciona com os traços psicopáticos, sugerem ainda que o fator destes traços que apresenta relações com os fatores de dificuldades de regulação emocional é apenas o que se refere aos traços

calosos/não emocionais. Mais uma vez, estes resultados corroboram a literatura mencionada, uma vez que se os indivíduos apresentam falta de consciência emocional, justifica-se a sua falta de empatia perante os outros, o que remete também para a ausência de remorso ou culpa, e mesmo a indiferença pela segurança dos outros. (APA, 2014)

Ainda, a última correlação referida mostra uma relação entre o fator dos traços psicopáticos que se refere mais uma vez aos traços calosos/não emocionais e o sexto fator de dificuldades de regulação emocional que menciona a falta de clareza emocional, ou seja, incapacidade de identificar o que se está a sentir. Este resultado vai ao encontro dos últimos testes estatísticos que foram realizados no sentido de verificar se as dificuldades de regulação emocional poderiam de algum modo mediar a relação entre o trauma infantil e o desenvolvimento de traços psicopáticos. Na realidade, embora como verificado a escala de dificuldades de regulação emocional no seu todo não se apresentasse como mediadora entre as duas variáveis mencionadas, quando separados os seus fatores, o único que se apresenta como mediador entre as experiências traumáticas na infância e os traços psicopáticos é o fator 6, ou seja, a falta de clareza emocional. Embora os valores da regressão linear estejam no limiar de significância, pois o p-value do teste de Wald não se encontra abaixo de 0,05, o seu valor é bastante próximo. Aliando este dado ao do modelo de critério de corte, que nos apresenta que o modelo é mais favorável usando o fator 6 das dificuldades de regulação emocional como variável mediadora, do que sem o mesmo. Isto é explicado pelo valor do AIC que é inferior quando não se retira o fator 6 em relação ao AIC quando retirado o fator 6 ($339,63 > 387,90$). Dado que quanto menor for o AIC melhor o modelo, concluímos que o fator 6 das dificuldades de regulação emocional se comporta como uma variável mediadora entre o trauma infantil e os traços psicopáticos. Assim, este resultado aponta para que a vivência de experiências traumáticas na infância leve à incapacidade de identificar e diferenciar claramente os sentimentos, o que, por sua vez poderá levar ao desenvolvimento de traços psicopáticos. Poderá justificar-se esta relação mais uma vez com a falta de empatia, sentimentos de culpa ou remorso e indiferença pelo outro que são características apresentadas pelos indivíduos que apresentam traços psicopáticos. (APA, 2014) De notar no entanto, que esta dimensão da falta de remorso presente nos critérios de diagnóstico da personalidade antissocial não captura completamente as dimensões dos traços calosos/não-emocionais da psicopatia. Estes incluem para além da falta de remorso a indiferença afetiva e a falta de capacidade empática a nível emocional. (Cleckley, 1998)

Dadas as dificuldades de clareza e consciência emocional será importante, de um ponto de vista teórico e prático, distinguir os constructos de alexitimia e psicopatia. De facto a alexitimia é definida como uma perturbação da regulação emocional que inclui a dificuldade de identificar sentimentos, descrever os sentimentos aos outros e um pensamento orientado para o exterior. Rogstad e Rogers (2008) discutem estudos da literatura procurando clarificar os aspetos comuns e distintos entre os conceitos de psicopatia e alexitimia, referindo que enquanto os indivíduos que apresentam traços psicopáticos se caracterizam pelas suas emoções superficiais e pelo desrespeito pelos sentimentos dos outros, os alexitimicos tendem a ter dificuldades face aos outros na compreensão da informação emocional, influenciando as suas dimensões de comunicação e comportamento. No entanto, ao invés dos indivíduos que apresentam traços psicopáticos, os alexitimicos apresentam um conformismo elevado relativamente às normas sociais.

Em suma, e apesar dos riscos de considerar as relações obtidas entre variáveis, através de modelos preditivos de regressão linear, como relações de causalidade comprovada, difíceis de obter em qualquer metodologia de investigação observacional, não experimental, sobretudo se respeitar um modelo transversal e não longitudinal, os dados recolhidos levam à suposição do seguinte mecanismo: um indivíduo que passe por experiências traumáticas na infância poderá desenvolver dificuldades em clarificar aquilo que sente, como mecanismos de defesa desencadeado pelo trauma vivenciado; esta falta de clareza emocional contribui para o desenvolvimento de certos traços de personalidade que se caracterizam como pertencentes à perturbação da personalidade antissocial/psicopatia, sendo ainda que estes traços são agravados por uma falta de consciência emocional que é também desenvolvida pelas experiências traumáticas que viveu na sua infância. Assim, embora apenas a falta de clareza dos seus sentimentos, provocada pelo trauma, seja a dificuldade que leva ao desenvolvimento de traços psicopáticos, a falta de consciência emocional que é provocada pelo mesmo trauma, poderá agravar os mesmo traços de personalidade, embora não esteja na sua origem. Tal como referido na literatura, o desenvolvimento de traços psicopáticos está ligado ao fator da falta de clareza emocional, entre outros. (Donahue & Moon, 2014)

Para confirmar estas relações são necessários outros estudos com amostras maiores e tendo em conta diferenças de género, bem como os mecanismos de processamento da emoção que podem estar associados ao desenvolvimento das

perturbações da regulação emocional. De igual modo seria importante investigar a presença ou ausência de outros fatores de risco ou resiliência na infância precoce e em fases mais tardias. Refere-se por exemplo a necessidade de avaliar a história de consumos de álcool e substâncias psicoativas que podem modular a expressão comportamental do indivíduo.

Considera-se pertinente relatar que este estudo apresenta algumas limitações importantes. O tamanho da amostra e a assimetria da mesma entre géneros é uma dessas limitações. Outra limitação prende-se ao facto de o estudo ter incidido apenas sobre uma população com uma escolaridade elevada e uma faixa etária restrita, por razões que se prenderam com a exequibilidade do mesmo num contexto mais alargado. Por motivos legais tornou-se impossível a recolha da amostra junto de uma população de menores de idade, levando à exclusão da mesma. Realça-se ainda como limitação associada ao tamanho da amostra, o facto deste ser um tema sensível levando à possibilidade de que alguns indivíduos possam ter enviesado as respostas aos questionários, embora tenha sido verificada a validade de cada um e nenhum dos incluídos no estudo ter sido considerado inválido. Por outro lado, dado que uma grande maioria das pessoas na população em geral poderá não ter passado por infâncias traumáticas ou apresentar traços psicopáticos, realça-se mais uma vez a importância de se considerar futuramente uma amostra bastante maior. A utilização de instrumentos de medida de auto-relato pode também ser uma limitação do estudo, salientando-se a importância de uma avaliação que inclua uma entrevista semi-estruturada, em estudos futuros.

Conclusão

As principais conclusões deste estudo remetem para a importância da relação entre as experiências traumáticas na infância e o desenvolvimento de estratégias de regulação emocional adequadas.

No que se refere aos traços psicopáticos a presença destas vivências traumáticas parece ser determinante para uma perturbação da clareza emocional, que leva ao surgimento de uma perturbação psicopática. Esta perturbação poderá ser agravada pela falta de consciência emocional que advém das mesmas experiências.

As implicações deste estudo a nível clínico prendem-se sobretudo com a intervenção para a prevenção do desenvolvimento de traços psicopáticos durante a adolescência, tentando identificar quais os fatores de risco que poderão estar na origem dos mesmos. Com a identificação destes fatores pretende-se ajudar os adolescentes a reestruturarem os seus mecanismos de regulação emocional, com apoio especializado, contribuindo para a saúde mental dos mesmos indivíduos numa fase adulta.

Como propostas de investigação para o futuro, de acordo com algumas questões levantadas na discussão, novos estudos poderão incluir a avaliação de outras dimensões da personalidade, como a alexitimia, a procura de mecanismos de regulação emocional mais diversificados, a comparação entre géneros e a avaliação de aspetos do processamento das emoções. Considera-se importante que estes estudos sejam efetuados a nível nacional por uma questão de representatividade da amostra e controlo de variáveis sociodemográficas e culturais, na população portuguesa. Acrescenta-se ainda a possibilidade de ser importante realizar um estudo longitudinal ao longo de várias fases de vida dos mesmos indivíduos para que se possam averiguar com maiores certezas a causalidade das relações entre variáveis e as conclusões retiradas.

Referências

- Adler, A. (1956). *The individual psychology of Adler: A systematic presentation in selections from his writings*. New York: Basic Books.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30 217-237.
- Allport, G. (1937). *Personality: a psychological interpretation*. Oxford: Englad: Holt.
- Allport, G. (1961). *Pattern and growth in personality*. Oxfor, England: Holt,Reinhart & Winston.
- APA. (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artmed.
- APA. (2014). *DSM-5*. Climepsi Editors.
- Bahadur, G., & Hindmarsh, P. (2000). Age definitions, childhood and adolescence in relation to reproductive issues. *Hum. Reprod.*, 15 227-230.
- Ballard, E., & al, e. (2015). Latent classes of childhood trauma exposure predict the development of behavioral health outcomes in adolescence and young adulthood. *Psychological Medicine*, 45: 3305-3316.
- Beryl, R., Chou, S., & Völlm, B. (2014). A systematuc review of psychopathy in women within secure settings. *Personality and Individual Differences*, 71 185-195.
- Blair, J., Mitchell, D., & Blair, K. (2005). *The psychopath. Emotion and the brain*. Oxford, UK: Blackwell.
- Blair, R. (2008). Fine cuts of empathy and the amygdala: Dissociable deficits in psychopathy and autism. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 6(1),157-170.
- Borja, K., & Ostrosky, F. (2013). Early Traumatic Events in PSychopaths. *Journal of Forensic Sciences*, doi: 10.1111/1556-4029.12104.
- Bravo, Â. (2012). Regulação Emocional em Crianças com Comportamentos Escolares Disruptivos. *Faculdade de Filosofia da Universidade Católica Portuguesa*.
- Burns, E. E., Jackson, J. L., & Harding, H. (2010). Chil Maltreatment, Emotion Regulation and Posttraumatic Stress: The Impact of Emotional Abuse. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 19 (8) 801-819.
- Buss, D., & Greilling, H. (1999). Adaptative Individual Differences. *Journal of Personality*, 67:2.
- Buss, D., & Lars, P. (2015). Evolutionary Personality Psychology. In M. Mikulincer, & P. (.-i.-C. Shver, *APA Handbook of Personality and Social Psychology: Vol. 4 Personality and Individual Differences*. APA. doi:10.1037/14343-001
- Calkins, S., & Howse, R. (2004). Individual differences in self-regulation: Implication for childoooh ajustment. In P. e. Philippot, *The regulation of emotion* (pp. 207-332). Mahwah: Erlbaum.
- Campbell, M., Porter, S., & Santor, D. (2004). Psychopathic Traits in Evaluation of Criminal History, Clinical, and Psychosocial Correlates. *Behaviour Sciences and the Law*, 22: 23-47.

- Cantero, F. (1993). ¿Quién es el psicópata? In V. G. Genovés, *Psicópata: Perfil psicológico Y reeducación del delincuente más peligroso* (pp. 16-46). Valência: Tirant lo Blanch.
- Carrol-Lind, J. (2006). Children's perceptions of violence: the nature, extent, and impact of their experiences. *Massey University, Hokowhitu Campus, Palmerston North, New Zeland*.
- Cleckley, H. (1998). *The Mask of Sanity*. Georgia.
- Cloninger, C. (1986). A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. *Psychiatric Developments*, 3 167-226.
- Cloninger, C. (1987). A systematic method for clinical description and classification of personality variants. *Archives of General Psychiatry*, 44 573-588.
- Cloninger, C., & al, e. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50, 975-990.
- Cloninger, C., & Svrakic, D. (1997). Integrative psychobiological approach to psychiatric assessment and treatment. *Psychiatry*, 60 120-141.
- Cole, P., Martin, S., & Dennis, T. (2004). Emotion Regulation as a Scientific Construcs: Methodological Challenges and Directions for Child Development Research. *Child Development*, 75 (2) 317-333.
- Cooke, D. J., & Michie, C. (2001). Refining the Construct of Psychopathy: Towards a Hierarchical Model. *Psychological Assessment*, 13 (2) 171-188.
- Cooke, D., Michie, C., Hart, S., & Clask, D. (2004). Reconstructing Psychopathy: clarifying the significance of antisocial and socially dviant behavior in the diagnosis of psychopathic personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 18 337-357.
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreirinha, R., & Dias, P. (2010). Versão portuguesa da Escala de Dificuldades de Regulação Emocional e sua relação com os sintomas psicopatológicos. *Rev. Psiq. Clin.*, 37 (4) 145-51.
- Craig, M., & al, e. (2009). Altered connections on the road to psychopathy. *Molecular Psychiatry*, 14,946-953.
- Davoglio, T., & al, e. (2012). Personalidade e psicopatia: implicações diagnósticas na infância e adolescência. *Estudos de Psicologia*, 17(3),453-460.
- Decety, J., & Jackson, P. (2004). The functional architecture of human empathy. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, 3(2),71-100.
- Decety, J; Moriguchi, Y. (2007). The empathic brain and its dysfunction in psychiatric populations: implications for intervention across different clinical conditions. *BioPsychoSocial Medicine*, 1(22),1-21.
- DeLisi, M., & al, e. (2018). The effects of temperament, psychopathy, and childhood trauma among delinquent youth: A test of DeLisi and Vaughn's temperament-based theory of crime. *International Journal of Law and Psychiatry*, 57: (53-60).

- Dias, A., & al, e. (2013). Estudo de propriedades psicométricas do Questionário de Trauma de Infância - Versão breve numa amostra portuguesa não clínica. *Laboratório de Psicologia*, 11 (2) 103-120.
- Donahue, J., & Moon, K. (2014). the Relationship Between Emotion Regulation Difficulties and Psychopathic Personality Characteristics. *Personality Disorder Theory, Research and Treatment*, 5 (2) 186-194.
- Eisenbarth, H. (2008). Assessment of emotional detachment in psychopathy via selfreport and an emotion detection task. *Universidade Bayerische Julius-Maximilians de Wurzburg, Wurzburg*.
- Erikson, E. H. (1982). *The life cycle completed*. New York: Norton.
- Eysenck, H. J. (1994). *Normality-abnormality and the three-factor model*. New York: Springer.
- Falkenbach, D. M., & al, e. (2017). Theory based gender differences in psychopathy subtypes. *Personality and Individual Differences* , 105 1-6.
- Feist, J., J. Feist, G., & Roberts, T.-A. (2013). *Theories of Personality, 8th Edition*. New York: The McGraw-Hill Companies, Inc.
- Fox, B. H., & al, e. (2015). Trauma changes everything: Examining the relationship between adverse childhood experiences and serious, violent and chronic juvenile offenders. *Child Abuse & Neglect*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.01.011>.
- Freud, S. (1923/1961b). The infantile genital organization: An interpolation into the theory of sexuality. *Standard edition*, vol 19.
- Freud, S. (1925/1961). Some psychical consequences of the anatomical distinction between the sexes. *Standard edition*, vol 19.
- Freud, S. (1926/1959b). The question of lay analysis. *In Standard edition*, vol. 20.
- Freud, S. (1933/1964). New Introductory lectures on psychoanalysis. *Standard edition*, vol 22.
- Frick, P. J., & White, S. F. (2008). Research Review: The importance of callous-unemotional trait for developmental models of aggressive and antisocial behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48 (1).
- Garnefski, N., Reiffe, C., Jellesma, F., Terwog, M. M., & Kraaij, V. (2007). Cognitive emotion regulation strategies and emotional problems in 9-11-year-old children. *Eur.Chil. Adolesc. Psychiatry*, 16 (1).
- Gonçalves, R. A. (1999). Psicopatia e processos adaptativos à prisão: Da intervenção para a prevenção. *Colectânea Monografias em Educação Psicologia*, Braga: Instituto de Educação e Psicologia.
- Gross, J., & Thompson, R. (2006). Emotion Regulation: Conceptual Foundations. In J. Gross, *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford Press.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26 (1).

- Gross, J. J. (1998). The Emerging Field of Emotion Regulation: An Integrative Review. *Review of General Psychology*, 2 (3) 271-299.
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive and social consequences. *Psychophysiology*, 39 281-291.
- Hare, R., & Neumann, C. (2009). Psychopathy: Assessment and Forensic Implications. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54, 12 791-802.
- Hare, R. (1970). *Psychopathy: Theory and research*. New York: Wiley.
- Hare, R. (2003). *The Hare Psychopathy Checklist-Revised*. Toronto: Multi Health Systems.
- Hare, R., Hart, S., & Harpur, T. (1991). Psychopathy and the DSM-IV criteria for antisocial personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 391-398.
- Horney, K. (1939). *New ways in psychoanalysis*. New York: Norton.
- Jaffee, S., Moffitt, A., & Taylor, A. (2004). Physical Maltreatment Victim to Antisocial Child: Evidence of an Environmentally Mediated Process. *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 1:44-55.
- Jolliffe, D., & Farrington, D. (2004). Empathy and offending: a systematic review and meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*, 9(22), 441-476.
- Jung, C. (1928/1960). *On psychic energy*. Collected works.
- Jung, C. (1931/1960a). *The stages of life*. Collected works.
- Kim, J., & Cicchetti, D. (2010). Longitudinal pathways linking child maltreatment, emotion regulation, peer relations, and psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51:6 706-716.
- Korponay, C., & al, e. (2017). Impulsive-antisocial psychopathic traits linked to increased volume and functional connectivity within prefrontal cortex. *Social Cognitive and affective Neuroscience*, 1169-1178.
- Krischer, M., & Sevecke, K. (2008). Early traumatization and psychopathy in female and male juvenile offenders. *International Journal of Law and Psychiatry*, 31:253-262.
- Lambert, E., & al, e. (2001). Looking for the disorder in conduct disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(1), 110-123.
- Lang, S., Klinterberg, B., & Alm, P.-O. (2002). Adult psychopathy and violent behavior in males with early neglect and abuse. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106 (suppl. 412): 93-100.
- Lykken, D. T. (1995). *The antisocial personalities*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Lyman, D. (1997). Pursuing the psychopath: Capturing the psychopath in a nomological net. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 425-438.
- Marmorstein, N., & Iacono, W. (2005). Longitudinal Follow-up of Adolescents With Late-Onset Antisocial Behavior: A Pathological Yet Overlooked Group. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 44: 12.

- Martins, M. (2014). Reflexos criminais das experiências traumáticas na infância. *Universidade de Aveiro*.
- Maughan, A., & Dante, C. (2002). Impact of Child Maltreatment and Interadult Violence on Children's Emotion Regulation Abilities and Socioemotional Adjustment. *Child Development*, 73 (5) 1525-1542.
- McCrae, R., & Costa, P. (1985). Comparison of EPI and psychoticism scales with measures of the five-factor model of personality. *Personality and Individual Differences*, 6 (5) 587-597.
- McCrae, R., & Costa, P. (2003). *Personality in Adulthood: A Five-factor Theory Perspective*. The Guilford Press: New York.
- Millon, T. (2000). *Personality Disorders in Modern Life*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Mischel, W. (1999). Personality coherence and dispositions in a cognitive-affective personality (CAPS) approach. In D. Cervone, & Y. Shoda, *The coherence of personality: Social-cognitive bases of consistency, variability and organization* (pp. 37-60). New York: Guilford Press.
- Mischel, W., & Shoda, Y. (1998). Reconciling Processing Dynamics and Personality Dispositions. *Annu. Rev. Psychol.* 49, 229-58.
- Mocaiber, I., & al, e. (2008). Neurobiologia da regulação emocional: implicações para a terapia cognitivo-comportamental. *Psicologia em Estudo*, 13 (3) 531-538.
- Mullins-Nelson, J., Salekin, R., & Leistico, A. (2006). Psychopathy, empathy, and perspective-taking ability in a community sample: implications for the successful psychopathy concept. *International Journal of Forensic Mental Health*, 5(2)133-149.
- Neumann, A., & al, e. (2010). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation Difficulties in Adolescents Using the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *SAGE*, 17(1) 138-149.
- Novaco, R. W., & Chemtob, C. (2002). Anger and combat-related post-traumatic stress-disorder. *Journal of Trauma and Stress*, 15 (2) 123-32.
- Ochsner, K. N., & Lieberman, M. D. (2001). The Emergence of Social Cognitive Neuroscience. *American Psychologist*, 56 (9) 717-734.
- Ometto, M., & al, e. (2016). Social skills and psychopathic traits in maltreated adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 25:397-405.
- Pechorro, P., Vieira, R., & Vieira, D. (2012). Adaptação e validação preliminar de uma versão portuguesa do Dispositivo do Despiste de Processo Anti-Social. *Laboratório de Psicologia*, 10 (1) 97-110.
- Pereda, N., Jiménez-Padilla, R., & Gallardo-Pujol, D. (2011). Personality disorders in child sexual abuse victims. *Actas Españolas de Psiquiatria*, 39(2),131-9.
- Pettit, G., & al, e. (1999). The impact of after-school peer contact on early adolescent externalizing problems is moderated by parental monitoring, perceived neighborhood safety, and prior adjustment. *Child Development*, 70,768-778.

- R.W, N., & Chemtob, C. (2008). Anger and combat-related posttraumatic stress disorder. *Trauma Stress*, 15 (2) 123-32.
- Rangé, B. (1998). *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva*. Campinas: Psy.
- Roenneberg, T., & al, e. (2004). A marker for the end of adolescence. *Current Biology*, 14, 24.
- Rogstad, J. E., & Rogers, R. (2008). Gender differences in contributions os emotion to psychopathy and antisocial personality disorder. *Clinical Psychology Review*, 28 1475-1484.
- Saarni, C., Mumme, D., & Campos, J. (1998). Emotional development: action, communication and understanding. In W. Damon, & N. (. Eisenberg, *Handbook of child psychology: vol. 3 Social, emotional and personality development* (pp. 237-309). New York: Wiley.
- Sevecke, K., & al, e. (2016). Emotional dysregulation and trauma predicting psychopathy dimentions in female and male juvenile offenders. *Child and Adolescnt Psychiatry and Mental Health*, 10:43.
- Sisto, F., & Oliveira, A. F. (2007). Traços de personalidade e agressividade: um estudo de evidência de validade. *Psic: Revista da Vetor Editora*, 8(1) 89-99.
- Smith-Israel, S. (2009). Creative Therapy and Adolescents: Emotion Regulation and Recognition in a Psycho-Educational Group for 9th Grade Students. *Social Work Theses*, 47.
- Soeiro, C., & Gonçalves, R. (2010). O estado de arte do conceito de psicopatia. *Análise Psicológica*, (XXVII):227-240.
- Sousa, S. d. (2014). Criatividade e Regulação Emocional.
- Spinrad, T. L., Eisenberg, N., & Gaertner, B. M. (2007). MEasures of Effortful Regulation for Young Children. *Infant Ment Health J.*, 28 (6) 606-626.
- Stallings, M., & al, e. (1996). Genetic and environmental structure of the Tridimensional Personalty Questionnaire: three of four temperament dimensions? *Journal of Personalit and Social Psyvhology*, 70 127-140.
- Thompson, R. A. (1991). Emotional Regulation and emotional development. *Educational Psychology Review*, 3 (4) 269-307.
- Vagaroso, A. (2014). *Psicopatia, Criminalidade e Empatia: Resultados de uma Amostra Criminal Portuguesa*. Vila Real: Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.
- Vicent, G., & al, e. (2008). The PCL: YV and recidivism in male and female juveniles: A follow-up into young adulthood. *International Journal of Law and Psychiatry*, 31,287-296.
- Walayat, S., & Butt, M. (2017). Parental Acceptance-Rejection, Childhood Trauma, Emotion Regulation, and Psychological Ajustment as the Risk Factors of Psuchopathic Tendencies in Adolescents of Pakistan. *International Journal of Business and Social REsearch*, <http://dx.doi.org/10.18533/ijbsr.v7i5.1048>.
- Watts, A., & al, e. (2017). Gender moderates psychopathic traits' relations with self-reported childhood maltreatment. *Personalityand Individual Differences*, 119 175-180.
- Weiler, B., & Widom, C. (1996). Psychopathy and violent behaviour in abused and neglected young adults. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 6: 253-271.

Wolf, R., & al, e. (2015). Interpersonal traits os psychopathy linked to reduced integrity of uncinate fasciculus. *Hum Brain Mapp*, 36(10): 4202-4209.

Anexos

Anexo 1 – Protocolo do Estudo

Questionário Sócio Demográfico

Toda e qualquer informação fornecida neste questionário será completamente anónima, não tendo o investigador qualquer conhecimento da identidade do participante.

Idade: _____ Género: Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Média de secundário: _____ Escolaridade da mãe: _____ Profissão da mãe: _____ Escolaridade do pai: _____ Profissão do pai: _____
--

Alguma vez tiveste alguma falta disciplinar? ☐ Sim ☐ Não Se sim: Quantas: _____

Qual o motivo? _____

Achas que o teu desempenho escolar foi:

☐ Muito Bom ☐ Bom ☐ Médio ☐ Insuficiente

Já repetiste algum ano até ao 12º ano? ☐ Não ☐ Sim Quantas vezes? _____

Com quem vivias até completares o 12º ano? _____

Quantos irmãos tens (sem contar contigo)? _____

Consomes álcool? ☐ Sim ☐ Não Se sim:

☐ Diariamente ☐ Semanalmente ☐ Em ocasiões especiais ☐ Outro: _____

Quando consomes em que quantidade?

- ☐ Um ou dois copos
- ☐ Apenas até ficares um pouco “alegre”
- ☐ Até não controlares muito o que estás a fazer
- ☐ Ao ponto de não te lembrares no dia seguinte

Já consumias durante a escolaridade obrigatória? ☐ Sim ☐ Não Se sim:

Com a mesma regularidade? ☐ Sim ☐ Não

Na mesma quantidade? ☐ Sim ☐ Não

Fumas tabaco regularmente? ☐ Sim ☐ Não Se sim:

☐ Diariamente ☐ Semanalmente ☐ Ocasionalmente

Já consumias durante a escolaridade? ☐ Sim ☐ Não Se sim:

Com a mesma regularidade?: ☐ Sim ☐ Não

Costumas consumir algum tipo de droga leve (ex. Marijuana) ou outra? ☐ Sim ☐ Não

☐ Diariamente ☐ Semanalmente ☐ Ocasionalmente

Já consumias durante a escolaridade? ☐ Sim ☐ Não Se sim:

Com a mesma regularidade? ☐ Sim ☐ Não

Questões Iniciais do Questionário Online

Personalidade e dificuldades na infância

O meu nome é Patrícia Pupo, sou aluna da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e este questionário tem o âmbito da minha dissertação de mestrado.

Embora apresente algumas questões bastante pessoais e talvez incomodativas, todos os dados serão completamente anónimos, pelo que peço pela maior sinceridade por favor.

Agradeço a ajuda, uma vez que sem ela nunca poderia terminar o mestrado.

***Obrigatório**

Autorizas o tratamento dos teus dados pessoais para efeitos de investigação, sabendo que são totalmente anónimos? *

Devido à nova lei da proteção de dados é necessário dar um consentimento explícito da permissão do tratamento de dados pessoais. Informo mais uma vez que embora tenhas iniciado sessão na tua conta Google, eu não terei qualquer acesso ao teu e-mail, nome, etc, e sim apenas ao que preencheres daqui para a frente. O login serve apenas para garantir que cada pessoa fornece apenas uma resposta. Obrigada

☐ Sim

☐ Não

SEGUINTE



Página 1 de 13

Nunca envie palavras-passe através dos Formulários do Google.

Personalidade e dificuldades na infância

*Obrigatório

Maioridade

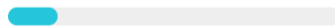
Tens mais de 18 anos? *

☐ Sim

☐ Não

ANTERIOR

SEGUINTE



Página 2 de 13

Nunca envie palavras-passe através dos Formulários do Google.

Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (EDRE)

Indica o teu grau de concordância com cada uma das seguintes afirmações, colocando uma cruz no espaço que consideres mais adequado. Dá só uma resposta por afirmação.

	Discordo Totalment e	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
1) Percebo com clareza os meus sentimentos					
2) Presto atenção a como me sinto					
3) Vivo as minhas emoções como avassaladoras e fora do controlo					
4) Não tenho nenhuma ideia de como me sinto					
5) Tenho dificuldade em atribuir um sentido aos meus sentimentos					
6) Estou atento aos meus sentimentos					
7) Sei exatamente como me estou a sentir					
8) Interesse-me com aquilo que estou a sentir					
9) Estou confuso sobre como me sinto					
10) Quando estou em baixo, apercebo-me das minhas emoções					
11) Quando estou em baixo, fico zangado comigo próprio por me sentir assim					
12) Quando estou em baixo, fico embaraçado por me sentir assim					

13) Quando estou em baixo, tenho dificuldade em realizar tarefas					
14) Quando estou em baixo, fico fora de controlo					
15) Quando estou em baixo, penso que vou sentir-me assim por muito tempo					
16) Quando estou em baixo, penso que vou acabar por me sentir muito deprimido					
17) Quando estou em baixo, acredito que os meus sentimentos são válidos e importantes					
18) Quando estou em baixo, tenho dificuldade em concentrar-me noutras coisas					
19) Quando estou em baixo, sinto-me fora de controlo					
20) Quando estou em baixo, continuo a conseguir fazer as coisas					
21) Quando estou em baixo, sinto-me envergonhado de mim próprio por me sentir assim					
22) Quando estou em baixo, sei que vou conseguir encontrar uma maneira de me sentir melhor					
23) Quando estou em baixo, sinto que sou fraco					
24) Quando estou em baixo, sinto que consigo manter o controlo dos meus comportamentos					
25) Quando estou em baixo, sinto-me culpado por me sentir assim					

26) Quando estou em baixo, tenho dificuldade em concentrar-me					
27) Quando estou em baixo, tenho dificuldade em controlar os meus comportamentos					
28) Quando estou em baixo, acho que não há nada que eu possa fazer para me sentir melhor					
29) Quando estou em baixo, fico irritado comigo próprio por me sentir assim					
30) Quando estou em baixo, começo a sentir-me muito mal comigo próprio					
31) Quando estou em baixo, acho que a única coisa que posso fazer é afundar-me nesse estado					
32) Quando estou em baixo, perco o controlo dos meus comportamentos					
33) Quando estou em baixo, tenho dificuldade em pensar noutra coisa qualquer					
34) Quando estou em baixo, dedico algum tempo a perceber aquilo que realmente estou a sentir					
35) Quando estou em baixo, demoro muito tempo até me sentir melhor					
36) Quando estou em baixo, as minhas emoções parecem avassaladoras					

Escala APSD-SR (Antissocial Process Screening Device – Self Report)

Lê cada uma das questões seguintes e decide se te descreve. Responde assinalando a opção correcta para cada questão.	<div>Muitas vezes verdade</div> <div>Por vezes verdade</div> <div>Falso</div>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Culpas os outros pelos teus erros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Envolves-te em actividades ilegais (contra a lei)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Preocupas-te com o teu desempenho na escola ou no trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Fazes as coisas sem pensares nas consequências?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Pareces ser falso às outras pessoas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. És bom a mentir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. És bom a manter as promessas que fazes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Gabas-te muito das coisas que fazes ou tens?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ficas facilmente aborrecido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Enganas ou usas as pessoas para teres o que queres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Gozas ou divertes-te à custa das outras pessoas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Sentes-te mal ou culpado quando fazes alguma coisa de errado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Fazes coisas arriscadas ou perigosas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Fazes-te de simpático para conseguires as coisas que queres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ficas zangado quando te corrigem ou castigam?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Pensas que és melhor ou mais importante que os outros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Deixas as coisas que tens a fazer sempre para o último minuto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Preocupas-te com os sentimentos dos outros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Mostras os teus sentimentos às outras pessoas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Tens mantido a amizade com os mesmos amigos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Escala CTQ-SF (Childhood Trauma Questionnaire)

Encontras a baixo um conjunto de afirmações sobre a tua infância. Classifica-as de acordo com o viveste nessa fase da tua vida

Na minha infância e juventude...	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
1 Eu não tinha comida suficiente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Sabia que havia alguém para me cuidar e proteger.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 As pessoas da minha família chamavam-me nomes (estúpido(a), preguiçoso(a), feio(a), etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Os meus pais não conseguiam cuidar da família porque se embriagavam ou drogavam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Havia alguém na minha família que me ajudava a sentir especial ou importante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Tinha que usar roupas sujas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Senti-me amado(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Achava que os meus pais preferiam que eu nunca tivesse nascido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Na minha família batiam-me tanto que tinha que ir ao hospital ou ao médico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 A minha família parecia quase perfeita.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Na minha família batiam-me tanto que me deixavam pisado ou com nódoas negras no corpo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Batiam-me com um cinto, um pau, uma corda ou outras coisas que me magoavam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 As pessoas da minha família cuidavam umas das outras.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Pessoas da minha família diziam coisas que me magoaram ou ofenderam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Acredito que fui fisicamente maltratado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Tive uma ótima infância.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Batiam-me tanto que um professor, um vizinho ou um médico chegou a dar-se conta disso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Sentia que na minha família alguém me odiava.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 As pessoas da minha família eram unidas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Tentaram tocar-me ou obrigaram-me a tocar alguém sexualmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 Ameaçaram magoar-me ou contar mentiras sobre mim se eu não fizesse algo sexual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 Tive a melhor família do mundo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 Tentaram forçar-me a fazer ou a assistir a algo sexual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 Alguém me assediou.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 Acredito que fui maltratado(a) emocionalmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 Havia alguém para me levar ao médico quando eu precisava.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27 Acredito que fui abusado sexualmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28 A minha família foi uma fonte de força e apoio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Consentimento informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo

*Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorrecto ou que não está claro, não hesite em **solicitar mais informações**. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.*

Enquadramento: no âmbito do Mestrado de Psicopatologia, a realizar na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, orientado pela Professora Doutora Sílvia Raquel Soares Ouakinin, pretende realizar-se um trabalho de investigação, com o título de “*Relação entre experiências traumáticas na infância, regulação emocional e o desenvolvimento de traços psicopáticos na adolescência*”, com o objetivo de compreender os traços de personalidade dos adolescentes bem como os processos pelos quais regulam as suas emoções e o papel desempenhado por vivências na infância nesses processos, esperando que este projeto possa trazer novas luzes para a compreensão desta fase crucial de desenvolvimento da personalidade de cada indivíduo.

Explicação do estudo: para a realização deste trabalho pretende-se distribuir questionários de autopreenchimento e posterior recolha dos mesmos para que se possam analisar os fatores descritos acima. Pretende-se que os questionários sejam distribuídos entre vários alunos do 1º ano do ensino superior de várias faculdades, com autorização prévia do diretor, sendo que o aluno terá de ter obrigatoriamente mais de 18 anos e menos de 21. Além dos dados relativos a traços de personalidade, de regulação de emoções e de traumas na infância os questionários abordarão a idade e género do indivíduo, o seu agregado familiar, o desempenho escolar, a escolaridade dos pais e comportamentos em ambiente social, não contendo qualquer pergunta sobre a identificação de cada aluno ou da família.

Condições e financiamento: este estudo não acarreta quaisquer custos para os participantes sendo que a participação é estritamente voluntária podendo por isso ser recusada. Salienta-se ainda que o consentimento pode ser retirado a qualquer momento por parte do participante, sem qualquer tipo de prejuízo para o mesmo. Ainda, o projeto recebeu Parecer Favorável da Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Confidencialidade e anonimato: Todos e quaisquer dados fornecidos pelos participantes serão estritamente anónimos, não tendo o investigador qualquer acesso à identificação dos participantes, pelo que se solicita assim autorização do preenchimento dos questionários por parte dos participantes. Este estudo tem finalidade puramente académica, pelo que se assegura que os dados não serão utilizados indevidamente ou com outra intenção.

Grata pela atenção,

Patrícia Pontes Pupo¹, mestranda da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Assinatura/s:



-O-O-O-O-O-O-

O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a. Declaro ainda que consinto o tratamento dos dados voluntariamente fornecidos

por mim no questionário para fins de análise estatística no âmbito da dissertação de mestrado acima mencionada, nos termos previstos no Regime Nacional da Proteção de Dados.

Nome:

Assinatura:

Data: /..... /.....


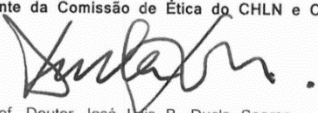
<p>SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE (se o menor tiver discernimento deve <u>também</u> assinar em cima, se consentir)</p> <p>NOME:</p> <p>BI/CC Nº: DATA ou VALIDADE /..... /.....</p> <p>GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO:</p> <p>ASSINATURA</p>
--

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE ... PÁGINA/S E FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

¹ patriciapupo95@gmail.com 917318374

Anexo 2 – Autorizações

Parecer da Comissão de Ética do Centro Académico de Medicina de Lisboa

	
Presidente Prof. Doutor José Luis B. Ducla Soares (CHLN e CAML)	Exma. Senhora
Vice-Presidente Profª. Doutora Maria Luísa Figueira (CAML)	Dra. Patrícia Pontes Pupo
Membros Prof. Doutor Alexandre Mendonça (CHLN) Profª. Doutora Ana Isabel Lopes (CHLN) Profª. Doutora Maria do Céu Rueff (CAML) Padre Fernando Sampaio (CHLN) Mestre Enfª. Graça Roldão (CHLN) Prof. Doutor João Forjaz Lacerda (CAML) Prof. Doutor João Lavinha (CAML) Profª. Doutora Mafalda Videira (CAML) Prof. Doutor Mário Miguel Rosa (CHLN) Dra. Patrícia Trindade Gonçalves	Rua D. Amélia, Nº 21 - R/C Frt 2605-664 BELAS
	Lisboa, 12 de Novembro de 2018
Nossa Refª. Nº 82/18	
Assunto: Estudo "Relação entre experiências traumáticas na infância, regulação emocional e o desenvolvimento de traços psicopáticos na adolescência"	
Relator - Profª. Doutora Maria Luísa Figueira	
<p>Pela presente informamos o projeto citado em epígrafe, a realizar no âmbito do Mestrado em Psicopatologia, da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, obteve, na reunião realizada em 6 de Março de 2018, parecer favorável da Comissão de Ética, pendente de autorização das escolas onde o estudo iria decorrer, situação atualmente ultrapassada pela permuta do grupo etário aceite pela Comissão Científica da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa</p> <p>O estudo obedece aos requisitos éticos fundamentais que devem ser respeitados em matéria de investigação clínica, refletindo o primado da dignidade e da integridade humanas.</p> <p>Encontra-se assegurado o direito à integridade moral e física do participante, cumpre as precauções essenciais tendo como designio minimizar eventuais danos para os seus direitos de personalidade, bem como o direito à privacidade e à proteção dos dados pessoais que lhe dizem respeito, em harmonia com o respetivo regime jurídico.</p> <p>Com os melhores cumprimentos,</p> <p>O Presidente da Comissão de Ética do CHLN e CAML</p> <p> Prof. Doutor José Luis B. Ducla Soares</p>	
1	COMISSÃO DE ÉTICA DO CHLN E DO CAML AVENIDA PROFESSOR EGAS MONIZ 1649-035 LISBOA TEL. – 21 780 54 05; FAX – 21 780 56 90 ANA.PIMENTEL@CHLN.MIN-SAUDE.PT
	ALAMEDA DAS LINHAS DE TORRES, 117 1769-001 LISBOA Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215 www.chln.pt

Parecer

Relativamente ao pedido apresentado pela aluna de mestrado Patrícia Pupo relativo ao projeto de dissertação intitulado "Relação entre experiências traumáticas na infância, regulação emocional e o desenvolvimento de traços psicopáticos na adolescência".

Tendo em conta o objeto da investigação que tem como destinatários os alunos do primeiro ano do ensino superior, e em especial uma parte, nomeadamente a que consta do resumo em que se refere “eventos traumáticos na infância (...) abuso físico infantil” como se pretende de facto analisar, entre outros dados, a eventual existência de situações de abuso sexual na infância, conforme afirmações 20, 21, 23, 24 e 27 da página 6 do questionário.

Desta forma, estão em causa dados pessoais sensíveis, previstos no n.º 1 do artigo 9.º do RGPD, uma vez que essa previsão legal integra os dados relativos à vida sexual como uma categoria especial de dados. A regra é a da proibição de tratamento destes dados, nos termos do n.º 1 do artigo 9.º do RGPD.

Porém, refere a alínea a) do n.º 2 do mesmo artigo que o tratamento pode ser efetuado se “o titular dos dados tiver dado o seu consentimento explícito para o tratamento desses dados pessoais para uma ou mais finalidades específicas.”

Apesar da alínea j) do n.º 2 do artigo 9.º se referir a fins de investigação científica, parece-me que não é aplicável ao caso concreto.

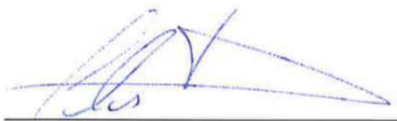
Assim, sugiro que para além da frase já constante da página 1 do questionário se inclua um texto deste género: “Declaro que dou o meu consentimento para o tratamento de dados pessoais constantes deste questionário, para efeitos de análise estatística no âmbito de elaboração de dissertação de mestrado, nos termos previstos no RGPD.”

Em suma, parece-me que pode ser efetuado o tratamento dos dados em causa, desde que cumpridas as regras do consentimento previstas no artigo 6.º e 7.º do RGPD. Posso elaborar uma informação sobre este assunto com maior profundidade.

Relativamente ao consentimento, parece-me muito útil o artigo constante do site da CNPD, do Grupo de Trabalho do artigo 29.º para a Proteção de Dados.

https://www.cnpd.pt/bin/rgpd/docs/wp259rev0.1_PT.pdf

Lisboa, 27 de Novembro de 2018



Carlos Ribeiro

(Encarregado de Proteção de Dados da Universidade de Lisboa)

Autorização da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto

Requerimento para distribuição de questionários

Ana Luísa Almeida <ana_almeida@fpce.up.pt>

7 de dezembro de 2018 às 11:28

Para: Patricia Pupo <patriciapupo95@gmail.com>

Cc: Diana Ferreira <dianaferreira@fpce.up.pt>, Diretora da FPCEUP <diretora@fpce.up.pt>

Ex.ma Senhora Patrícia,

Cumpre-me informar que o seu pedido de divulgação foi autorizado pela Direção da Faculdade. De forma a darmos resposta ao seu pedido, agradecemos que nos confirme em que data pretende fazer a distribuição dos inquéritos.

Ficaremos a aguardar,

Cumprimentos,

Ana Almeida

Secretariado do Diretor | Director Assistant

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto

Faculty of Psychology and Education Sciences - University of Porto

Rua Alfredo Allen, 4200-135 Porto, Portugal

<http://www.fpce.up.pt> | ana_almeida@fpce.up.pt | (+351) 22 607 97 01 (ou ext. 532)

[Citação ocultada]